



جامعة الشهيد حمه لخضر - الوادي
كلية العلوم الإجتماعية والإنسانية
قسم علم النفس و علوم التربية



الموضوع

مطبوعة بيداغوجية في مقياس علم النفس المرضي مقدمة
لطلبة السنة الثانية علم النفس

من إعداد الدكتورة: هند غدايفي

السنة الجامعية: 2024/2023

الفهرس

01.....	المحاضرة (01): ماهية علم النفس المرضي
19.....	المحاضرة (02): مفاهيم عامة في علم النفس المرضي
39.....	المحاضرة (03): الصراع واليات الدفاع
53.....	المحاضرة (04): البنية - الغريزة - المزوة
68.....	المحاضرة (05): العصاب وبعض الاضطرابات العصابية
141.....	المحاضرة (06): الذهان وبعض اضطراباته
167.....	المحاضرة (07): الحالات الحدية
200.....	المحاضرة (08): التيارات في علم النفس المرضي

المحاضرة الأولى: ماهية علم النفس المرضي

أولاً- لمحة تاريخية عن تطوّر علم النفس المرضي

ثانياً- تعريف علم النفس المرضي

ثالثاً- النظريات المفسرة للّسواء واللاسواء

رابعاً- مفهوم السّواء واللاسواء والمعايير المحدّدة لهما

خامساً- الأبعاد التي تؤخذ بعين الاعتبار عند تحديد السّواء

واللاسواء

سادساً- المعايير المعتمدة في تحديد السلوك السّوي واللاسوي

مدخل:

إنّ انتشار ظاهرة الاضطرابات النفسيّة والسلوكيّة من الظواهر البارزة في حياتنا اليوميّة والاجتماعيّة، وعلم النّفس المرضي يعتبر أحد الفروع التي تهتم بدراسة هذه الظواهر، فهو أحد فروع علم النّفس النظريّة التي تعتمد عليها الفروع التطبيقية التي تساهم في تشخيص المرض، وقد تمّ استنباط هذا الفرع من الملاحظات الإكلينيكيّة يبحث في السلوك المضطرب أو نواحي العجز في القدرة على أداء السلوك السوي يهتم بطبيعة وتطوّر كلّ أشكال الاضطرابات النفسيّة من حيث تصنيفها تحديد أسبابها وكيفية علاجها والوقاية منها، وقد عرفت الاضطرابات النفسيّة والعقليّة منذ القديم، وظهرت عدد المحاولات لفهم وتأمّل أعراضها والتّعرف على أسبابها، إذ كانت تنسب في البداية لتملك من قبل الأرواح الشريرة، أو الشياطين التي لها القدرة على أن تلج إلى جسد الإنسان فتسبّب له اضطرابات عقليّة ونفسية، وبعدها أصبح ينظر إليهم باعتبارهم سحرة يودعون في السجون، ويتعرّضون للتّعذيب والاضطهاد، وعلى مرّ التاريخ تعدّدت التفسيرات في مختلف الحضارات ونادى العلماء والباحثين بضرورة البحث عن أسباب الأمراض العقليّة في البنى البيولوجيّة والفيسيولوجيّة للمريض وليس في القوى الغيبية، وكان أول من نادى بهذا الطّبيب الفرنسي فيليب بينيل 1973.

أولاً: لمحة تاريخية عن تطوّر علم النفس المرضي

1- العصر الوسيط ومفهوم الجنون:

في هذه الفترة كان المرض العقلي يعتبر جنونا وهو ناتج عن عمل شيطاني أو مس وعقاب من الله يسلب على الأشخاص الذين يخطئون، هذه المعتقدات انتشرت في العصر الوسيط، وهناك عدد من المرضى العقليين الذين أحرقوا لأسباب مرتبطة بالسحر في نهاية هذا العصر.

2- منتصف القرن التاسع عشر والتطوّر الطبّي:

تميّزت هذه المرحلة باعتبار المريض العقلي مجنونا لا علاقة له بالواقع العادي، وبالتالي فإنّ المجنون لم يعد شخصا عادياً إلّا بعد نهاية الأزمة التي يعاني منها، في هذه الفترة ظهر أيضاً مفهوم المرض العقلي، وبدأ البحث عن تفسير تشريحي له.

3- نهاية القرن التاسع عشر:

استبدل في هذا القرن الحديث عن المرض العقلي بالحديث عن البنية المرضية، هذا المفهوم يعني وجود نواة عامّة ثابتة للمرض مقابل وجود تنوّع في الأعراض البنية إذ تتضمن معنى وجود المرض الكامن والمرض الظاهر.

إذا كان القرن التاسع عشر قد تميّز بولادة نسق كبير من التّصنيفات للاضطرابات العقلية، فإنّ القرن العشرين قد تميّز بازدهار الإنساق التّفسيرية لهذه الاضطرابات، يعزى تطوّر علم النفس المرضي إلى تطوّر الطبّ العقلي، الفلسفة والتّحليل النفسي.

4- القرن العشرين:

مصطلح علم النفس المرضي هو ترجمة للمصطلح اللاتيني Psychopathologie استخدم هذا المصطلح أول مرّة في ألمانيا من طرف "Emmingaus" 1878 للإشارة إلى الطبّ العقلي المهتم بالأفراد المرضى.

شهد بداية القرن العشرين ولادة علم النفس المرضي كمنهج وتخصّص مستقل، كان ميلاده في فرنسا، أين بدأت أبحاث ريبو "Ribot" حول المنهجية الخاصة بدراسة المرض،

حيث أراد فهم اضطرابات الشخصية بهدف فهم التوظيف العادي، وفيما بعد جاءت أعمال جانيه "Janet" تلميذ "ريبو" الذي درس بالكولاج النفسي عام (1895) "جانيه" يعتبر من الأوائل الذين تحدّثوا عمّا قبل الشّعور في دراسته حول الهستيريا. وقد سبق "فرويد" بسنوات حين فسّر فقدان الذاكرة الهستيريا بوجود ذكريات محفوظة فيما قبل الشّعور "فرويد" طوّر هذه الفكرة لاحقاً، حيث تحدّث عن كبت الذكريات الصّادمة أعمال شاركو "Charko" ساهمت بدورها في تطوير مجال البحث في علم النفس المرضي، وقد برزت أعماله حول الهستيريا وعلاجها بالتّثويم المغناطيسي.

جهود "فرويد" و "بروير" "Breuer" تواصلت للبحث أكثر في موضوع الهستيريا، وقد قدّم فرويد كتاب (1901) علم نفس الحياة اليوميّة "Psychologie de la viequotidienne"، مفاهيم فرويد رؤية حول التّفريغ والتّداعي ونظريته التحليليّة ساهمت في تطوّر علم النفس المرضي بشكل واضح.

يعتبر الألماني جاسبرس "K. Jaspers" من الأوائل الذين تحدّثوا عن علم النفس المرضي بالمعنى المعاصر سنة (1913) في كتابه علم النفس العام "Psychologie général" "جاسبرس" طبيب عقلي اهتم بالنزوغرافيا "La nosographie" (وصف الأعراض)، حيث أراد دراسة الحالة النفسيّة للمريض من خلال معاشه النفسي والسيرورات المسبّبة للاضطراب العقلي، كما سعى إلى فهم كلّ العوامل التي تساعد على فهم المرض وفقاً لمقاربتة الفينومينولوجيّة (بوغندوسة (2017)، ص ص 1-3).

ثانياً - تعريف علم النفس المرضي:

يعتقد "منكوسكي" (Minkowski 1966) أنّ: "علم النفس المرضي يشير إلى علم نفس المرض وإلى المرض النفسي، ويشير أيضاً إلى العلم الذي يسمح بفهم المرض (النظريات المصوّرة للمرض)".

تعريف "بدينيلي" "Padinili": يعرف "بدينيلي" علم النفس المرضي بأنه: "ذلك الفرع من علم النفس العيادي، الذي يهتم بدراسة وتقييم وتشخيص المعاناة النفسية، بالإضافة إلى تقديم المساعدة والعلاج".

ويعرف أيضا بأنه: "العلم الذي يدرس الاضطرابات العقلية وكل ما يتعلق بوصفها وتصنيفها وتقييمها".

على العموم، يمكننا تعريف علم النفس المرضي من خلال مجموعة من النقاط التي نلخصها فيما يلي:

- يهتم علم النفس المرضي بدراسة ووصف الأعراض والعلامات (دراسة سيميولوجية).
 - يسعى علم النفس المرضي إلى تصنيف الأعراض (دراسة نزوغلافية).
 - يهدف علم النفس المرضي إلى دراسة الآليات والميكانيزمات المنتجة للاضطراب.
 - يهتم علم النفس المرضي بتقييم الاضطرابات ومحاولة التنبؤ بمستقبلها.
 - يهتم علم النفس المرضي بتقديم العلاج المناسب للاضطراب بعد تشخيصه.
- (بوغندوسة (2017)، ص4).

ويهتم علم النفس المرضي بجميع الاضطرابات التي تعيق توافق الفرد مع بيئته الاجتماعية، سواء هذه الاضطرابات كانت وجدانية، عقلية سلوكية أو نفسوجسدية، فتؤدي لفقدان الفرد إلى العلاقة المتوازنة بمحيطه جزئيا أو كلياً. (حافري (2016/2015)، ص6).

تعريف الاضطراب النفسي:

عرّفت الجمعية الأمريكية للطب النفسي DSM-IV الاضطراب النفسي بأنه: "مجموعة من الأعراض السلوكية أو النفسية ذات دلالة إكلينيكية ترتبط بقصور في واحد أو أكثر من المجالات الهامة في الحياة، ويؤكد الدليل من خلال عرضه على إمكانية الاستدلال سواء بالملاحظة أو بالقياس على وجود القصور أو العجز في النواحي السلوكية أو النفسية أو البيولوجية، وأن الاضطراب ليس فقط في علاقة الفرد بالمجتمع"، وهكذا اتفقت الجمعية

الأمريكية للطب النفسي ومنظمة الصحة العالمية على ثلاث علامات لتعريف الاضطراب النفسي وهي:

- وجود ألم نفسي أو عضوي واضح.
- أن يصاحب الاضطراب قصور ذات دلالة إكلينيكية في النواحي الشخصية والمهنية للمريض.

لا يكفي تعريف الاضطراب أو الحكم على وجوده من خلال الصراع الدائر بين الفرد والمجتمع أو انحراف سلوكه عن معايير المجتمع.

ثالثا- النظريات المفسرة للسواء واللاسواء:

1- نظرية التحليل النفسي لسيغموند فرويد: هي نظرية حول تنظيم الشخصية وآليات تطورها، وضعها فرويد في أواخر القرن 19، ولقد أخضعها فيما بعد إلى عدة تعديلات في الثلث الأخير من القرن 20.

أوقف فرويد عمله حول الدماغ والعصبية وحول أبحاثه إلى دراسة العقل الباطن والسمات النفسية عبر آليات التداعي الحر والتحويل، وانحصرت دراساته على مرحلة الطفولة التي بإمكانها التأثير على الحياة النفسية، وجاء بأبحاث حول الجينات الوراثية وجوانب تطورها من خلال كتابه "تفسير الأحلام" "The interpretation of dreams"

والتحليل النفسي عبارة عن طريقة علاجية للاضطرابات العقلية من خلال التفاعل بين الوعي واللاوعي، واستحضار المكبوتات، وذلك باستخدام التداعي الحر وتفسير الأحلام. ✓ الهو: هو الجانب المسيطر من الشخصية تسيطر عليه الدوافع والرغبات الداخلية، ويعمل وفقا لمبدأ اللذة، تجنب الألم والسعي وراء المتعة.

✓ الأنا: يعمل على تحسين التوازن بين الهو والأنا الأعلى من خلال تلبية دوافع الهو، والفصل بين ما هو حقيقي وواقعي وبين الدوافع الخاصة.

✓ الأنا الأعلى: يعمل وفق الأخلاق السامية للأفكار والأفعال (الالتزام) تعمل على مبدأ الأخلاق.

ويرى فرويد أنّ الشّخص السّوي هو الذي يقدر على الحب والعمل، وأنّ الحب من وجهة نظره يشمل مدى واسع من الأفعال يمتد من حبّ الأشياء والأشخاص والموضوعات والأفكار، والتّناسل ... إلخ.

أمّا اللاّسوي فهو المنحرف عن السّواء والمختلف عن العادي ومن مؤشّراته التّحرّر الاجتماعي وعدم القدرة على تحمّل الإحباط.

أمّا إبراهيم ماسلو فيرى أنّ السّواء في تحقيق الذات والشّعور بالأمان

2- نظريّة بياجيه المعرفيّة: تعتبر نظريّة بياجيه في التّطوّر المعرفي شاملة عن طبيعة الذّكاء البشري وتطوّره، وتعتبر مرحلة فعّالة في الشّخصيّة ويتمّ اكتسابها وبنائها واستخدامها وقد شجّع الكثير من الأولياء إلى توفير بيئة غنيّة (التّعليم المفتوح) والتي هي عبارة عن تطبيقات مباشرة في وجهات نظر بياجيه، ولقد انتقدت هذه النّظريّة على أنّها لديها بعض القيود مثلاً في التّطوير المستمر.

اقترح بياجيه أنّ الذّكاء الكلّي مسؤول عن تمثيل وتداول جوانب الواقع الديناميكيّة والتّحويليّة، وأنّ الذّكاء المجازي مسؤول عن تمثيل الجوانب النّابغة، بينما يعتبر الذّكاء العملي الجانب النّشاط من الذّكاء، وينطوي على الإجراءات الظّاهرة والباطنة، بينما الذّكاء المجازي جانب الذّكاء ينطبق على جميع وسائل التّمثيل المستخدمة لإبقاء الحالة الذّهنيّة (الإدراك الحسي، والتقليد والتّخيّلات الذّهنيّة، والرّسم واللّغة).

3- النّظريّة السلوكيّة: من إحدى النّظريات الكبرى علم النّفس تدريس السلوكيات التي يمكن ملاحظتها بسهولة لدى الفرد تسعى إلى دراسة وشرح السلوك البشري من خلال تحليل للظّروف التي عاشها الفرد من خلال بيئته، والميزة المكتسبة من التّجارب السّابقة، رفضت مفاهيم فرويد حول تأثير اللاّشعور ويجب دراسة السلوك كونه يمكن مراقبته.

جون واطسن درس سلوك الأفراد دون العمليات الذّهنيّة إضافة إلى السلوكيّة النّفسية سكينر اعتبر أنّ السلوك البشري ليس سوى مرآة للعمليات العقلية والتي تتمّ من خلال التّحفيز الفيزيولوجي أو الانفعالات العاطفيّة.

وفقا للسلوكية فإنّ شخصيّة الفرد تتكوّن منذ ولادته وأنّها تأخذ مجموعة من السلوكيات المثاليّة المرتبطة بالعوامل الخارجيّة في البيئة المحيطة به.

رابعاً - مفهوم السّواء واللاسّواء والمعايير المحدّدة لهما:

إنّ الاستقرار النفسي الإنساني تزلزلت أركانه بسبب التّغيّرات العلميّة المتلاحقة والتّطوّر الذي شهدته الحياة العصريّة، ممّا وضع الإنسان في حالة صراع دائم مع حياته، فكّما أدرك الجديد وفق الآفاق أمامه مفتوحة على مصراعيها، فيلهث لتحقيق المزيد من النّجاحات.

وفي هذا الجو المفعم بالحركة، فقد الإنسان جزءا كبيرا من إنسانيّته واجتماعيّته، ومن ثمّ بدأت الأمراض النفسيّة تتمكّن منه، وتجعل منه هدفا سهلا.

فالمرض النفسي يشكّل تلك المعاناة والتّصادم مع الذات أو مع المحيطين، أو الشّدوذ السّلبى عنهم، فهو اضطراب وظيفي في الشّخصيّة، يظهر في صورة أعراض جسميّة ونفسيّة مثل القلق، والوساوس، الأفكار المتسلّطة، المخاوف الشّاذّة، والاضطرابات الجسميّة والحركيّة والحسيّة النّاجمة عن تظافر الصّراعات اللاّشعوريّة في مرحلة الطّفولة وعن العوامل البيئيّة المتشابكة والمترابطة.

إنّ التّحدّيات الرّئيسيّة التي تواجه العاملين في مجال الأمراض النفسيّة هو تحديد السلوك السّوي والمرضي، وضبط كافة الأعراض والسّمات الخاصّة بكلّ سلوك على حدى، وكيفية التّشخيص والتّفسير والعلاج، لأنّ جدليّة الاختلاف التي تضيّط طابع النّسبيّة على المفهومين انطلقا من اختلاف مواقف والخبرات التّشخيصيّة، وزوايا النّظر الذاتيّة للباحثين في مجال علم النفس المرضي، وتبعاً كذلك لتنوّع معايير تحديد السّواء واللاسّواء، فقد اختلف العلماء طويلا حول وضع معايير يتحدّد من خلالها السّواء واللاسّواء في علم النفس المرضي، ولكن اتّفق الجميع حول أنّ ظروف الزّمان والمكان والعمر هي العوامل التي من الممكن أن تؤثر بشكل مباشر في سلوكيات الإنسان.

وعليه يقع على عاتق الباحثين الخوض في هذا الإشكال انطلاقاً من الإجابة على التساؤلات التالية: ما هو السّواء واللاسّواء؟ ما هي الصّفات المحدّدة للسلوك السّوي واللاسّوي؟ ما هي المعايير المعتمدة في تحديد السلوك السّوي واللاسّوي؟.

1- السّواء:

1-1- مفهوم السّواء:

أ- لغوياً:

تستخدم مصطلحات "السّواء والسّوي" العربيّة في مقابل "Normality and Normal" بالإنجليزية، وتأتي هذه الأخيرة من الكلمة "Norma"، وهي عبارة عن أداة مربعة لقياس الزوايا القائمة تستخدم للنجارة، وتعني لغوياً: متماش مع، أو مكوّن لمعيار مقبول، أو نموذج أو نمط، وبالتالي الحالة أو الدّرجة أو الكميّة العادية.

وهو ما تختلف عنه المعنى في اللّغة العربيّة، فلقد ورد في قاموس لسان العرب المحيط، سواء الشّيء مثله، أي مساو له، وسواسية، وسواء الشّيء وسطه لاستواء المسافة إليه من الطرفين، المكان السّواء هو المتوسّط بين مكانين، والسّواء هو الاستقامة. (مصطفى حجازي، 2004، ص 60).

ب- اصطلاحاً:

- يرى كلّ من موس Moss وهانت Hunt أنّنا ننظر إلى النّاس ونلاحظ تصرّفاتهم فنحكم عليها على أنّها سويّة، إذا كانت تتسجم مع أفكارنا وآرائنا الذاتيّة.

- ويرى كولمان Colman أنّ السّواء يكون في السلوك الذي يوفّر النّمو ويحقّق إمكانيات الفرد والجماعة (سامي محمّد ملحم، 2015، ص 57).

- ويشير السّواء إلى حالة التّكامل الوظيفي والقدرة على توافق الفرد مع نفسه وبيئته والشّعور بالسّعادة.

- وقد وضع الباحثون عدداً من الصّفات اعتبروها محدّدة للسلوك السّوي والشّخص السّوي، وتتمثّل في القدرة العامّة على المواءمة والتّكيّف، والقدرة على الإشباع الذاتي، والكفاءة في

القيام بالأدوار الاجتماعية والقدرة الذهنية وضبط الانفعالات والدوافع، والاتجاهات الإيجابية نحو الذات والمجتمع، والاستقلالية والتكامل، وهو ما يمكن تلخيصه فيما يلي:

• **الكفاءة:** الشخص السوي متسامح مع أخطاء الشخصية دون المساس بتكامل شخصيته، ويتقبل الإحباط وقادر على الابتكار في حياته.

• **الفعالية:** فالشخص السوي قادر على الابتكار وله أهداف محددة.

• **الملائمة:** تصرفات الشخص السوي ملائمة لإدراكاته ومتناسبة مع الواقع، وقادر على التحكم في التقلبات الوجدانية والوجدانية.

• **المرونة:** وتشير لقدرة الشخص السوي على التوافق مع مختلف المواقف الحياتية، مع القدرة العالية على التصرف باتساق دون تصلب أو جمود.

• **القدرة على التواصل الاجتماعي:** وتتميز العلاقات الاجتماعية للشخص السوي بالاقتراب والاستقلال في الوقت ذاته، وتكون لديه علاقات شخصية واجتماعية فعالة.

• **تقدير الذات:** يتصف الشخص السوي بتقدير إيجابي للذات دون إفراط أو تفريط، ووجود إحساس مميز للهوية الذاتية. (يوم 2018/08/26، univ-setif

20: <http://www.dspace25.dz>)

- ويرى "فرويد" أنّ الشخص السوي هو القادر على الحب والعمل، وتجدر الإشارة إلى أنّ الحب من وجهة نظره يشمل مدى واسعاً من الأفعال يمتد من حب الأشياء والأشخاص والموضوعات والأفكار والوطن إلى الجنس والتناسل.

- أما "رايش" فيرى أنّ الشخص السوي هو القادر على أن يخبر المتعة الجنسية الكاملة فالقدرة على الوصول إلى الذروة الجنسية هي أكبر علامة على صحة الشخصية.

- في حين يرى "سوليفان" أنّ الشخصية السوية هي تلك الشخصية ذات العلاقات الجوارية الواقعية أو غير الإبدالية، أي التي تتأثر في علاقتها الحالية بالخبرات السابقة مع أناس سابقين والتي تتعامل مع الناس كما هم الآن.

- ويضع "إيريك فروم" معيار التوجه المنتج لتحت الشخص السوي.

- ويرى من جهته "أبراهام ماسلو" أنّ السّواء هو تحقيق الذات، ومنه فالفرق بين السّوي والمرضي في هذا المجال، هو فرق كمّي في الدّرجة، وليس كيفيّاً في النّوع، فالسّواء لا يسير وفقاً لمبدأ الكلّ أو لا شيء (http://www.acofps.com:15 le 26/08/2018 à 21).

2- مفهوم اللّأسواء:

2-1- مفهوم اللّأسواء:

أ- لغة:

في اللّغة العربيّة يقابل اللّأسواء كلمة الشّدوذ والتي أتت من الفعل شذّ شذوذاً أي انفرد عن الجمهور وندر بهم، ويقال خالف القياس وشذّ عن الأصول أي خالفها، ويقول النّحاة (أصحاب النّحو) شذّ من القاعدة أي خرج منها، ويقابل مصطلح اللّأسواء في اللّغة الفرنسيّة كلمة (Anormale) والتي تتكوّن من السّابقة (A) والكلمة (normale)، والتي تعني السّواء والعادي، ويقصد بها مجتمعة الاختلاف عن العادي والمتوقّع، ويكون هذا الاختلاف في الغالب غير مرغوباً فيه، والملاحظ أنّ المعنى اللّغوي لمصطلح اللّأسواء أو الشّدوذ لا يحمل المضامين السّلبية التي نلحقها، سواء كان ذلك على المستوى المتخصّص أو في المتخصّص.

ب- اصطلاحاً:

- اللاسوي من الوجهة النفسيّة: ويقصد به انحراف عمّا يعدّ سويّاً أو المختلف عن العادي وعن القاعدة العامّة، فالشّاذّ يرادف المرض وغير المتوافق.

- أمّا في الإحصاء: فيشير المصطلح إلى الدّرجات الخارجيّة عن النّطاق السّوي أو المدى المتوقّع للدّرجات، والمستبعد عن فئة المتوسّط في التّوزيع.

- اللاسوي من الوجهة الاجتماعيّة: هو الخروج عن القواعد المرسومة اجتماعيّاً من قبل فرد أو مجموعة أفراد ينتمون لنفس الجماعة، ويسلكون غير سلوك الجماعة.

(http://www.acofps.com:15 le 26/08/2018 à 21).

2-2-المحددات التي وضعها العلماء لتحديد السلوك اللاسوي نذكر ما يلي:

• الانحراف عن المعايير الطبيعية الإحصائية: فالسلوك اللاسوي يكون منحرفا عن المعيار الطبيعي.

• الانحراف عن القيم والاعتبارات الاجتماعية الطبيعية: فالسلوك المنحرف هو الذي يسير بعيدا عن قيم وأعراف المجتمع، ولكن السلوك الذي يعتبر طبيعيا في مجتمع يعتبر غير طبيعي في مجتمع آخر.

• سوء تكيف السلوك: السلوك غير السوي هو الذي تأثيراته عكسية على الفرد والمجتمع، أي سوء التكيف.

• اضطراب الشخصية: ويعرف هذا المحدد اللاسواء استنادا إلى المشاعر الموضوعية للفرد في حالة التوتر، بدلا من سلوك الفرد، فمعظم الأشخاص يشخصون بكونهم مرضى عقليا عندما يشعرون بالبؤس والقلق والكآبة... وفي بعض الأحيان يكون التوتر العلامة الوحيدة على الشذوذ.

ولا يوجد واحد من التعريفات يصف بصورة كاملة اللاسواء أو السلوك الشاذ، وفي معظم الحالات يؤخذ بعين الاعتبار في تشخيصه جميع المعايير الأربعة. (حسين فالح حسين، 2013، ص16).

خامسا: الأبعاد التي تؤخذ بعين الاعتبار عند تحديد السواء واللاسواء

يذهب الطبيب النفسي " ستافورد كلارك " في كتابه Psychiatry to-day أن اللاسواء النفسي لدى الفرد يتحدد بتوفر الشروط التالية:

- شدة المعاناة من الأعراض المرضية.

- استمرار الأعراض لفترة طويلة.

- عدم تناسب الاستجابة مع المثير.

1- الشدة: ويقصد بها أن الأعراض كالقلق والتوتر والاكتئاب قد تعمقت في الذات حتى أصبح تأثيرها واضحا وبشكل بارز في معاناة الشخص منها.

2- الاستمرار: يقصد به أنّ هذه الأعراض موجودة لدى الفرد منذ فترة طويلة، ومازال يعاني منها.

3- عدم تناسب الاستجابة مع المثير: بمعنى أنّ الفرد في استجاباته المختلفة لمن يحيطون به، ولكافة المثيرات الموجودة في البيئة لا تكون هذه الاستجابات مناسبة للمثير، وذلك لعدم مسايرة هذه الاستجابات لما هو متفق عليه بين أعضاء الجماعة أو المجتمع. (محمود السيّد أبو النّيل، 2014، ص 31،32)

سادسا- المعايير المعتمدة في تحديد السلوك السوي واللاسوي:

إنّ النّظر إلى السلوك الذاتي أنّه سوي أو غير سوي، يواجه كثير من الصّعوبات والاختلاف بين الباحثين نسبة لتداخل العناصر المرتبطة بالسلوك، ولقرب بعض درجات الاستواء من بعض درجات اللّاسواء، ولذلك تعدّدت المحاولات لوصف السلوك العادي، حسب المعايير التالية:

1- المعيار الذاتي: ويتمثّل في شعور الفرد أو عدم شعوره بالرّضا عن سلوكه، هذا المعيار يشتمل على حكم الفرد على سلوكه، فإذا كان راضيا عن سلوكه فليس لديه مشكلة ونتيجة لذلك لا يرى أنّه بحاجة إلى معالج، وعليه فالإنسان السوي هو الذي تتسجم أشكال سلوكه مع أفكارنا وآرائنا وأفكارنا الذاتية، فالسويّة هي توافق سلوك الناس مع أفكارنا الذاتية وبذلك فإنّنا نحكم ذاتنا في الحكم على الناس وتصرفاتهم. (آمنة أحمد، 2010، ص25)

ويرى من يتّخذ هذا المعيار في تحديد السّواء واللاسواء أنّ الفرد يتّخذ من نفسه إطارا مرجعيّا يرجع إليه في الحكم على السلوك السوي أو الشّدوذ، والبدهيّ أنّ هذا المعيار يتضمّن الإطار الاجتماعي استنادا إلى عمليّة التّطبيع الاجتماعي، والمحك العام في هذا المعيار هو ما يشعر به الشّخص، وكيف يرى نفسه من ناحية الاتّزان والسّعادة، أي أنّ السويّة هي إحساس داخلي. (<http://www.acofps.com> :15 à 21 le 26/08/2018).

➤ الانتقادات الموجهة إلى المعيار الذاتي:

✓ إنه لا يترك مجالاً للكشف عن معيار عام وغير شخصي نميز به بين ما هو سوي وما هو شاذ.

✓ إنه لا يمكن تسيير عامة الناس على حسب رأي شخص واحد، وإن نطق الأحكام جزافاً ووفقاً لرأينا الذاتي.

✓ أن الأحكام التي تصدر على أساس المحك الذاتي تتعرض كثيراً لمواقف الحياة العامة، فإنه لا يمكن الركون إليه باعتباره محكاً علمياً دقيقاً.

✓ إن المحك الذاتي يصل لإصدار أحكام السواء والشذوذ في بعض الحالات للتشويه والتحريف، وذلك بحكم دوافع الفرد واتجاهاته وعلاقاته بالآخرين.
(le 06/09/2018https://fac.ksu.edu.sa.filesmhdr_1.com).

2- المعيار الاجتماعي: من المعروف أن المعايير الاجتماعية هي الاتجاهات والعادات والقيم التي توجه استجابات أعضاء الجماعة وتحقق تطابق في التصرفات أو في الأحكام مما يزيد في وحدة الجماعة، ويعني هذا أنها تعتبر إطاراً مرجعياً للفرد، وحسب نظرية المعيار الاجتماعي فإن السواء هو موافقة أو تطابق السلوك مع نمط مقرر يخضع لمستوى ثقافي وعقائدي سائد، ويتمثل اللاسواء في عدم الامتثال.

وعليه، فمن الواضح جداً أن هذا المعيار يركز على مرجعية الجماعة للحكم على السلوك بأنه سوي أو غير سوي، وهو ما يدفع للقول أن هذه المرجعية تجعل من السواء واللاسواء يختلف من مجتمع إلى آخر، وبالتالي عدم ثباته وتغيره من بيئة إلى أخرى، فقد أظهرت الدراسات الميدانية في الأمراض النفسية أن ما تعتبره بعض المجتمعات مرضاً يستحق العلاج ينظر إليه في مجتمعات أخرى أنه نوع من السلوكات المقبولة والمرغوب فيها، وقد وجد العلماء أن وجهة النظر الاجتماعية تنظر إلى السلوك اللاسوي على أنه انحراف وليس مرضاً خاصاً.

وفي هذا الصدد وضع "سكوت" محكه الخاص بسوء التوافق الاجتماعي، معتمدا بوضوح على هذا المفهوم الذي يرى فيه أن التوافق يتحدد انطلاقا من معايير المجتمع بأكمله، أو من معايير بعض الجماعات الفرعية داخل نطاق المجتمع الواحد. (<http://www.acofps.com>) (le 26/08/2018 à 21:15).

➤ الانتقادات الموجهة للمعيار الاجتماعي:

✓ يعتمد المحك الاجتماعي على مجارة القيم الاجتماعية والثقافية السائدة، وهي قيم متغيرة من زمان لآخر.

✓ يمكن أن يتحيز المجتمع إلى مجموعة من القيم الاجتماعية دون غيرها.

✓ هناك أشكال كثيرة من السلوك تعتبرها مجتمعات شاذة، في حين أن مجتمعات أخرى تعتبرها كذلك "اختلاف العقائد والثقافات".

✓ قد يختلف أبناء المجتمع الواحد على السلوك اللاسوي، وذلك حسب طبقاتهم الاجتماعية وأوضاعهم الاقتصادية.

✓ هناك أشكال من الشذوذ لا توجد إلا في بعض المجتمعات، ويصعب تعميمها على كافة المجتمعات. (https://fac.ksu.edu.sa.filesmhdr_1.com) (le 06/09/2018).

3- المعيار الإحصائي: يقوم هذا المعيار على اعتبار أن السواء هو الحالة المتوسطة بناء للتوزيع الاعتدالي، وكما هو معروف يفترض هذا المفهوم بأن الناس في أي مجموعة بشرية يتوزعون إحصائيا تبعا للشكل الجرسى في مختلف الصفات والخصائص، ومن السواء يقع بـ 68% من السكان في الوسط، ويتوزع 32% الباقون إلى قسمين متساويين، القسم الأول في المنحنى هو الأدنى الذي يشتمل على الحالات المرضية الصريحة وحالات التخلف، بينما يشتمل القسم الثاني العناصر التي تفوق المتوسط وتدخل في فئة التميز في الخصائص، وتزداد حدة المرض أو التميز ويقل العدد كلما تحركنا إلى طرفي المنحنى، وعليه تكون الفئة الوسطى الشائعة هي المعبرة عن السواء بالمعنى الاعتيادي، حيث يتشابه الناس في خصائصهم ومستوى نشاطهم الوظيفي. (مصطفى حجازي، 2004، ص 63).

➤ الانتقادات الموجهة إلى المعيار الإحصائي:

- ✓ يعتبر البعدين عن المتوسط غير أسوياء، فهو بذلك يعتبر المتفوقين عقلياً والأذكيا شواً.
 - ✓ إنه يركّز على السلوك الظاهري بغض النظر عن أسبابه.
 - ✓ إنّ الابتعاد عن المتوسط ليس بالضرورة علامة على الشذوذ وعدم السواء.
- (le 06/09/2018https://fac.ksu.edu.sa.filesmhdr_1.com).

4- المعيار النفسي: وهو الانحراف عن الصّحة النفسيّة، وفي هذه الحالة يتمّ الحكم على السلوك في ضوء ما تقوله نظريات علم النفس عن التّكيف النفسي، ولعلّ أهمّ نواقص هذا المعيار تتمثّل في تجاهل حقيقة أنّ الفرد ليحقّق التّكيف النفسي ليس شخصاً غير عادي، وأنّ ذلك لا يعني أنّ من لديه مشكلة بحاجة إلى علاج، المعيار قد تجعل معظم الأناس غير عاديين، وأنّ الكمال ليس من صفات البشر، وقد يولد الإنسان الشّعور بالعجز، حتّى ولو لم تكن لديه مشكلة نفسيّة، بل أنّ محاولة الفرد على تحقيق ما هو مثالي قد تخلق لديه مشكلات مختلفة. (أمنة أحمد، 2010، ص25)

➤ الانتقادات الموجهة إلى المعيار النفسي:

- ✓ إنّ الخلوّ من المرض النفسي لا يعني تمتّع الفرد بالصّحة النفسيّة.
- ✓ يفترض تجانس الأفراد المضطربين نفسياً، وبالتالي طريقة علاج واحدة.
- ✓ انخفاض ثبات التّشخيص النفسي، فقد يقع المعالج تشخيص خاطئ وبالتالي يؤدّي به إلى اتّباع علاج خاطئ، ومن أسباب التّشخيص الخاطئ:

1. عدم دقّة نظام التّصنيف.
2. اعتماده على الخبرة العلاجيّة (الذّاتيّة) أكثر من الدّراسات التّجريبية الإحصائية الموثوقة.
3. المرضى عيّات لهم صفات خاصّة ونادرة من الصّعب اعتمادها، لأنّهم يخضعون لإحكام الفروق الفرديّة.

4. صعوبة إخضاع هذا المحكّ للقياس والتّقدير النفسي الموضوعي الدّقيق.
- (le 06/09/2018https://fac.ksu.edu.sa.filesmhdr_1.com).

5- المعيار المثالي: عند الكلام عن المعيار الإحصائي وجد أنّ هذا المعيار لا يصلح لكلّ السمات والخصائص، وذكرنا أنّنا لا يمكن أن تعتبر الزيادة في الذكاء شذوذاً أو انحرافاً، حيث أنّ هذه الحالة أمر مرغوب فيه ومطلوب في المجتمع والذي يقوم بالدرجة الأولى على ما يقدمه الأذكىء فيه من تخطيط وتنفيذ، كذلك الأمر بالنسبة للعديد من الخصائص الأخرى كالصحة البدنية والجمال والقوة، ولقد أشار أيزنك إلى أنّه في ضوء ذلك فإنّنا لا بدّ أن نضع معياراً آخر بديلاً للمعيار الإحصائي ألا وهو المعيار المثالي أو النموذجي وهو المعيار الذي يأخذ كلّ فرد على عاتقه الاحتذاء به ومحاولته باستمرار الاقتراب منه يجعل سلوكه يتطابق معه، وبناء على هذا المعيار فإنّنا نطلق على الشخص بأنّه سوي كلّما اتفق سلوكه مع المثل الأعلى ونطلق على الشخص عن المثل العليا بأنّه شاذّ كلّما كان سلوكه غير متفق وبعيداً إلا أنّ أهم ما يؤخذ على هذا المعيار أنّ الشّيء المثالي أمر لا وجود له في الثقافة التي يعيش فيها الإنسان، ويعتبر هذا المعيار تطرفاً في تحديد السواء، وأنّ كان هناك اتفاق جماعي على أنّ ارتفاع مستوى الجمال وارتفاع مستوى الذكاء يعتبر مثالية، ومن الناحية العملية نجد أنّ الأخذ بهذا المعيار يحيل أفراد الثقافة - باستثناء قلة - إلى أفراد غير أسوياء. (محمود السيّد أبو النّيل، 2014، ص 32).

➤ الانتقادات الموجّهة للمعيار المثالي:

- ✓ غير واقعي، فلا يوجد الإنسان يخلو من النقص والصّراع، وجوانب الضّعف.
 - ✓ عدد الأفراد الذين يحققون هذا المعيار قد يكون نادر جداً من الناحية الإحصائية، وقد لا يوجد على الإطلاق في المجتمع.
 - ✓ إذا صدق هذا المعيار فإنّ الأسوياء ندرة والشّواذ هم الغالبية.
 - ✓ نسبي لأنّه يستمد أصوله من الأحكام الخلقية والقيم، وليس من الواقع.
- (le 06/09/2018 https://fac.ksu.edu.sa.filesmhdr_1.com).

وأخيراً، فإنّ هذه المعايير كانت ولا زالت حلاً لمشكلة تعريف السّواء واللاسّواء، لكن هذه الحلول هي حلول جزئية، وليست كاملة ونهائية، فكلّ معيار يركّز على جانب، ويهمل جانباً آخر، أو بقيّة الجوانب الأخرى، وعليه تبرز الحاجة إلى منضوّر متكامل تتمّ فيه الاستفادة من كلّ المعايير.

المحاضرة الثانية: مفاهيم عامة في علم النفس المرضي

أولاً- تعريف السّيمولوجيّة في علم النّفس المرضي

ثانياً- تعريف العرض

ثالثاً- تعريف التّأذّر

رابعاً- تعريف المرض العقلي

مدخل:

تقوم السّيمولوجيا بدراسة الرّموز والعلامات والرّموز المستخدمة في التّواصل والتّفاعل بين النّاس، وفي علم النّفس المرضي تستخدم السّيمولوجيا لدراسة الرّموز والعلامات التي يستخدمها المرضى للتّعبير عن حالاتهم النّفسية والمشاعر التي يشعرون بها. فمن خلال دراسة هذه الرّموز والعلامات يمكن للمختصّين في العلاج النّفسي أن يفهموا أفضل من يجري داخل العقل البشري، والعوامل التي تؤثر على الصّحة النّفسية للمريض وعندما يتمّ فهم هذه العوامل، يمكن للمختصّين في العلاج النّفسي تطوير استراتيجيات العلاج الفعّالة والتي تساعد المرضى على التعافي.

أولاً- تعريف السيميولوجية في علم النفس المرضي:

يعتبر البحث عن الأعراض هي أول خطوة يقوم بها المختص في أثناء المقابلة العيادية، وقد اقترح مصطلح سيميولوجيا في مجال العلوم الإنسانية من طرف de Saussure حتى يفرق بينه وبين السيميائية Sémiotique في علم اللغات. ويرتكز على البحث عن الإشارات "Signes" التي تساعد على وصف الاضطرابات من خلال الملاحظة الدقيقة للإشارات والأعراض في الحالات الباثولوجية والتظاهرات الإكلينيكية لخلل التنظيم.

ويتم خلال الفحص السيميولوجي البحث عما يختبره الفرد ذاتياً وما يتظاهر خارجياً لمعاشه، بمعنى سلوكه، يقوم المختص بإعطاء معنى للملاحظات السيميولوجية مع الأخذ بعين الاعتبار قصة المريض وإدماج الإشارات والأعراض في إجراء دينامي، مع العلم أن كل حالة هي حالة فريدة في حقيقتها، في ألمها، معاشها النفسي ومعاشها الذاتي.

ثانياً- تعريف العرض:

هو تعبير عن الاضطرابات وعلامة من علامات المرض النفسي، وكل الأمراض النفسية تلاحظ وتصنف على أساس الأعراض.

ولا يخلو الإنسان من الأعراض وفي نفس الوقت يندر أن تجتمع كل الأعراض المميزة للمرض النفسي في مريض واحد، والفرق بين الشخصية السوية والمريضة من حيث الأعراض فرق في الدرجة وليس فرقا في النوع، والواقع أن كل فرد لديه استعداد للمرض، ومثال ذلك أنه من الطبيعي عند خروجك من البيت أن تراجع نفسك أنك أوقلت الباب لكن إذا تكرّر عدّة مرّات وتحسّ أنك مجبر لتكرار ومراجعة القفل فإنّ ذلك سلوك شاذ.

ويمكن وصف الأعراض بأنّها حالة مرضية إذا توفّرت ثلاثة شروط وهي:

✓ الشدّة.

✓ التكرار.

✓ الاستمرارية. (المنلا باسمه، 2012، ص53)

ثالثا - تعريف التناذر:

1- تعريف التناذر مانشوسن بالتفويض:

يعدّ هذا التناذر من الأشكال النادرة لسوء المعاملة الجسدية للأطفال إذ يتّخذ أشكالا غريبة ومميّزة يدّعي فيها الشخص المسؤول عن رعاية الطفل الأم بصورة خاصّة أنّ هذا الأخير مصاب بمرض ما، وبذلك باختراع تاريخ مرضي عيادي مزيف له، أو أنّه قد يقوم أحيانا بافتعال الأعراض للطفل والتّسبّب له بالمرض عبر إعطائه مواد سامّة أو ملوّثة أو أدوية بهدف إخضاع الطفل لفحوصات طبّية مضرّة ومؤذية أو لعلاجات غير ضروريّة أو للاستشفاء أو للجراحة، وهو كذلك أحد أنواع الإساءة العضويّة التي يسبّبها أحد الوالدين وخاصّة الأمّ لرضيعها أو طفلها بهدف إصابته بالأمراض بغية إخضاعه لمعالجات طبّية خطيرة وغير ضروريّة، وهنا فإنّ الأم الجانية تعرّض طفلها بالتّفويض للعنف الجسدي، فتقوّض الأطبّاء مهام الإساءة بطفلها فيصبح هؤلاء عبر القيام بدورهم الطّبيّ بديلا عنها، فهم الأداة المستخدمة لتحقيق هذا التعذيب، إنّ خصوصية هذا التناذر هي أنّ الإساءة الجسديّة يتمّ على يد الأطبّاء خدعوا على يد المعتدي. (منيرة، 2005، ص41)

2- أشكال تناذر مانشوسن بالتفويض:

غالبا ما يلجأ المعتدي (الأم وجه الخصوص) لتحقيق هدفه والمتمثّل في جعل الطّبيب يعتقد أنّ الطفل يشكو من مرض ما، ويلجأ إلى واحدة أو أكثر من الأنماط السلوكيّة التّالية:

1. التّشويه البسيط لتاريخ الطّفل الطّبيّ أو اختراع تاريخ مغلوط لمرضه.

2. تزوير الفحوصات الطبّية للطفل أو الملف الصّحيّ.

كما قد يتسبّب الجاني فعلا بمرض الطفل، وذلك عبر أعمال يقوم بها على جسد الطّفل الصّغير يؤدّي فيعلّيا إلى التّهايات القصدية، وهذا هو الشّكل البسيط من هذا الاضطراب.

ولتناذر مانشوسن بالتّفويض شكلان هما:

أ. الشكل النشط من التناذر: وفيه تسبب الأم فعلا بتمريض طفلها عن طريق إعطائه مواد سامة، أو عن طريق حقنه بمواد ملوثة، أو بإدخال أدوية مختلفة إلى معدته أو بإضافته مواد سامة إلى المصل خلال تواجده في المستشفى، وذلك قصد لإنتاج أعراض ومظاهر مرضية وإحداث تسمّات والتهابات في دمه، ويشكل هذا النوع، بحدود 75% من الحالات المدروسة.

ب. الشكل السلبي من التناذر: وهو الشكل الذي تلجأ فيه الأم إلى اختراع وتزوير لفحوصات المخبرية أو الملف الطبي لطفلها، وذلك لادّعاء مرضه، وتظاهرها الكاذب والمغلوط بأنه يظهر عوارض مرضية كالشنجات وتوقف التنفس، أو كذلك عبر تلوين بوله مثلا بدم العادة الشهرية، أو بمواد سامة أخرى.

وبذلك فإنّه لهذا التناذر مانشوسون بالتقويض أشكالاً الاتحاد تتحدّد بمستوى تدخّل الرّاشد، والهدف منها جميعاً أن يتدخّل الفريق الطبي لإجراء الفحوصات والعلاجات الطبيّة، وهذا ما يعدّ من أبرز أشكال العنف ضدّ الطفل عن طريق سوء المعاملة من قبل أمّه غالباً مع ادّعائها بعدم معرفة الأسباب.

3- المحاكاة التشخيصية لتناذر مانشوسون بالتقويض:

كثيرة هي الانتقادات حول التسميات التي قدّمت لهذا الاضطراب فقد سمّيت بمصطلح الاضطراب التحويلي التّكاذبي، تناذر مانشوسون، تناذر ميدو، تناذر بول، تناذر المرض المفتعل، تزوير الظروف الطبيّة للطفل، الإساءة الطبيّة للطفل، افتعال مضطرب غير محدّد، وقد أسماه ميدو عام 1995 الاضطراب المفتعل بالتقويض.

حيث كثرت المحاكاة التشخيصية التي تسمح بتحديد هذا التناذر ومحكات التشخيص الفارقي والتي تسمح لتمييزه عن اضطرابات أخرى يلجأ فيها الأهل لأهداف متعدّدة إلى استعمال أطفالهم في أغراض علاجية مؤلمة وخطرة على صحتهم وسلامتهم وبقائهم.

فقد طوّرت Rosenberg عام 1987 المحكات التشخيصية لهذا الاضطراب في الشكل

التّالي:

- 1- مرض مفتعل عند الطّفل يسبّبه والد أو شخص مسؤول عنه.
- 2- إخضاع الطّفل لاستشارات ومعاينات متكرّرة وعلاجات طبّيّة مستمرّة وتقنيات تشخيصيّة متعدّدة.
- 3- إنكار المعتدي لمصدر مرض الطّفل.
- 4- اختفاء الأعراض وزوال المشكلة المرضيّة عندما يفصل المعتدي المفترض عن الطّفل
كما اقترح ميدو عام 2000 محاكاة تشخيصيّة إضافيّة متمثّلة في:
 - 1- إنتاج فعلي لأعراض أو علامات جسديّة أو نفسيّة عند شخص ما من قبل شخص آخر مسؤول عنه، أو تظاهر قصدي بوجود هذه الأعراض.
 - 2- غياب أيّة دوافع خارجيّة لسلوك المعتدي كما هو الحال في السلوك التّفعي.
 - 3- سلوك المعتدي غير قابل للتّفسير من خلال مرض عقلي آخر.
 - 4- ينكر المعتدي بمعرفته بأسباب مرض الطّفل.
 - 5- خضوع الطّفل لاستشارات طبّيّة متكرّرة.
 - 6- اختفاء الأعراض عند فصل الطّفل عن المعتدي.
 - 7- في حال موت الطّفل عدم وجود في نتائج التّشريح أيّة أسباب طبيعيّة للوفاة.
 - 8- إنّ دافعية المعتدي هي في لعب دور المريض بالتّفويض أو هي في حاجته الماسّة إلى جذب الاهتمام، فالمعتدي بحاجة للعب دور المريض، لهذا فهو يستعمل الطّفل لذلك لإثارة الانتباه والاهتمام. (المنلا باسمّة، 2012، ص56)

4- العوامل المساعدة في تشخيص التّناذر:

- تحدّد الفترة الفاصلة بين ظهور الأعراض والتّشخيص النّهائي للتّناذر في حدود 14 شهرا، وقد تمتدّ هذه الفترة الفاصلة وفق الباحثين إلى 22 شهرا، وبالتالي هناك مجموعة من العوامل المساعدة على تشخيص هذا الاضطراب متمثّل في:
1. يبدي الطّفل أعراضا تدوم لعدّة أشهر تستوجب عددا كبيرا من الفحوصات والاستشفاء وهي أعراض غير قابلة للتّفسير وغير منسجمة مع نتائج الاستقصاء الطّبي.

2.تشخيص الفرق الطبّي غالبا ما يكون غامضا.

3.وجود إخوة أو أخوات في العائلة عولجوا من الأمراض نادرة أو عرفوا بجدية استشفاء متكرّر.

4.وقوع حالات موت مفاجئ للإخوة والأخوات، عندما كانوا رضّعا أو صغارا أو أنّ أسباب الموت غير قابلة لتفسيره.

5.أعراض مرضيّة متعارضة وغير منسجمة وفشل الفريق الطبّي في فهم مصدرها وأسبابها، وقد نجد في تاريخ الوالد المسيء عددا كبيرا من حالات الاستشفاء بسبب اضطرابات مفتعلة تتأذر مانشوسون البسيط.

أمّا إذا اعتبر الفريق الطبّي أنّ حالة الطّفل طبيعيّة فإنّ الأم تختفي لتذهب لطبيب آخر وهذا التّرحال الطبّي الذي تقوم به الأم لطفلها تنقله من مستشفى إلى آخر ومن طبيب إلى آخر أدّى إلى تداول مصطلح "الأم الهيلكوبتر".

5- المحكات التاريخية في التشخيص:

هناك نوع آخر من التّأذر وهو تتأذر مانشوسون البسيط وهو اضطراب مفتعل، يصاحب بأعراض جسديّة تمارس على الذات، فالمريض يتظاهر بالإصابة بالمرض بغية دخوله للمستشفى، وينتقل من مستشفى إلى آخر بهدف خضوعه لفحوصات طبيّة ولمعالجات متنوّعة ولعمليات جراحية خطيرة وغير ضروريّة أحيانا والمصاب قد يكون من الجنسين، ولكنّه في الغالب ذكر، معلوماته الطبيّة ممتازة، يصف أعراضه بشكل جيّد، وهو إمّا يدّعي ويتظاهر الإصابة بهذه الأعراض، أو أنّه يسبب يسببها فعليّا لنفسه.

وتوجد هناك صعوبة كثيرة في التّشخيص الفارقي بين هذا التّأذر وبين حالات أخرى، يظهر فيها تتقلّ متكرّر للطّفل بين الأطباء وفي المستشفيات، إلّا أنّ ما يميّز تتأذر مانشوسون بالتّفويض عن هذه الاضطرابات هو اختلاف دافعيّة الأهل فيها جميعا، ومن بين هذه التّأذرات:

أ- **تناذر ماسكارد Syndrome de Mascarde**: تتمثل في عدم إرسال الأم الطفل إلى المدرسة بحجة أنه فاشل، إلا أن دافعتها هي إبقاءه بقربها ملتصقا بها ملكا لها وحدها.

ب- **التّرحال الطّبيّ Vagabondage Médical**: يتعلّق الأمر بالأهل، فالأولياء قلقين بشكل مبالغ فيه، وما يميّزه عن تناذر مانشوسون هو عدم وجود شكوى فعلية جسيمة أم نفسية عند الطفل، وعدم تواطؤه مع أهله لادّعاء المرض، وعدم عودة هؤلاء الأهل لزيارة نفس الطبيب أكثر من مرة.

ج- **السّلك المتلبّس للأمّهات الفصاميات**: إنّ هذا السّلك المتلبّس يلاحظ عند الأم المصابة بتوهم المرض أو بالهستيريا، وخصوصا عند الأم الفصامية، فتجتأحها أفكار هذيانية بأن طفلها مريض وبحاجة دائمة لعرضه على الأطباء.

د- **استغلال الطفل من قبل أحد الوالدين لأغراض نفعية**: والمقصود تعريض الطفل مثلا لإساءة جنسية مفتعلة، والتّقلّ به من طبيب إلى آخر لتثبيت واقعة تعرّضه لأذى جنسي من قبل والد آخر، وذلك لأغراض نفعية بحتة كضمان عدم حصول على حقّ الحضانة.

هـ- **استغلال الطفل للحصول على تعويضات أو مكاسب مالية**: والمقصود به استغلال مرض الطفل للحصول على إعانات ومساعدات وتعويضات مالية.

و- **هوية الضحايا ومظاهرهم الجسدية والنفسية**: غالبا ما يكون الضحية هو طفل صغير ولكن في حالات استثنائية جدًا قد يدفع هذا الاضطراب على المستنّين في الأسرة والذين يعجزون نظرا لتدهور وضعهم الصّحيّ ولتقدّم سنّهم عن الإشهار بما يجري بحقهم من سوء المعاملة، إنّ نسبة تعرّض الإناث هي الأعلى من نسبة تعرّض الذكور ينمي الطفل تبعية كبيرة لأمّه، وقد يلتحم بها مع تقدّم السنّ.

يُطال العنف عادة طفلا واحدا في الأسرة، وقد يستدل عندما يكبر بشقيقه الأصغر، وقد نجد عدّة أطفال ضحايا في أسرة واحدة. (المنلا باسمّة، 2012، ص69).

6- المظاهر العيادية الجسدية للتناذر:

يصعب حصر المظاهر العيادية الجسدية لهذا التناذر، لأنّ أي مرض يمكن أن يكون مصدر إلهام لمخيلة الجاني المضطربة، فيفتعل أعراضه إمّا بالتزوير أو بإعطاء الطّفل فعليًا مواد مختلفة ومتعدّدة تؤدّي إلى الأعراض المرجوة، وعلى هذا فإنّ الطّفل قد يظهر عرضا واحدا أو نظاما كاملا من الأعراض وهذه الأعراض وقد تؤشّر أحيانا إلى مرض أو أنّه يصعب ربطها بباثولوجيا لها هويّة محدّدة.

وفيما يلي بعض المظاهر العيادية الجسدية لهذا الطّفل ضحية هذا التناذر:

✓ توقّف التنفّس (الاختناق) وهي من الأسباب الأكثر شيوعا لوفاة الضّحايا وكان يبدو قبل هذا التاريخ قد استبعد موضوع الاختناق من المظاهر العيادية، ويكون الاختناق إمّا يدويًا، أو بالأدوية، أو بادّعاء مزيف من الأم بأنّ ابنها قد أصيب بنوبة حادّة من ضيق التنفّس، وقد يؤدّي خنق الطّفل إلى وفاته وفي أحسن الأحوال إلى ضرر دماغي فادح.

✓ التسمّم وهو أيضا من الأسباب الأكثر شيوعا لوفاة الضّحايا، والتي كانت مستبعدة أيضا قبل هذا التاريخ، هذا مع العلم أنّ هناك مواد أكثر استعمالا من سواها من قبل الجانيات.

✓ توعّكات خطيرة بسبب الاختناق.

✓ حساسية مختلفة، نزيف جلدي، وطفرات حادّة إمّا بحكّ جسد الطّفل بالعنف، أو بوضع مواد مؤذية وسامّة على جلده (مواد تنظيف حارقة).

✓ التهابات متنوّعة.

✓ توقّف القلب.

✓ حرارة مرتفعة، وذلك بالادّعاء عن طريق تزوير الأمّ لبيان الحرارة الخاصّ بطفلها وبتلوّث بوله أو برازه بدم العادة الشهريّة أو بأية بكتيريا لإيهام الفريق الطّبيّ بأنّه مصاب بالتهابات حادّة وحرارة مرتفعة بافتعال قصدي للحرارة عن طريق حقن الطّفل إراديا بماء ملوّث بالبراز أو بماء حوض السّباحة مثلا للتسبّب بالتهابات فعلية حادّة.

✓ إسهال حادّ مفتعل إمّا بالأدوية أو بالملح.

✓ تقبوء وغثيان خصوصاً الدّوري منه اضطرابات معويّة، دم في البراز بإعطاء الطّفل موادّ سامّة.

✓ نزيف حادّ، ونوبات تشنّج، وهي أعراض شائعة خاصّة عند الرّضّع لأسباب غير معروفة.
✓ نوبات صرع مفتعلة بالأدوية، وقد وصف يبدو لوحة من الأمراض والعلل المزمنة لمجموعة أطفال يعانون جميعاً من نوبات الصّرع المفتعل.

✓ تثبيط وتدهور نشاط الجهاز العصبي المركزي بإعطاء الطّفل أدوية مهدّئة ومنومة أو بخنقه يدويّاً.

✓ غياب مفتعل عن الوعي واضطراب مفاجئ لليقظة بالضغط على أوردة الرّقبة.
ومن الممكن أن تدّعي الأمّ الجانية وجود أعراض جسديّة يشكو طفلها منها، بل أن تذهب إلى أبعد من ذلك، فتدّعي وجود إشكالات سلوكيّة أو نفسيّة عند طفلها ممّا يعقّد الموقف، ويصعب ضبط فرص التّشخيص، رغم أنّ الفحص النفسي هو أقلّ إيلافاً للطّفل من تشخيص الأمراض العضويّة الذي يستتبع تدخّلاً تقنيّاً مؤلماً، ولكن الخطورة تكمن في أنّ الطّفل قد يودع في مؤسّسة للأمراض النفسيّة أو أن يعطي أدوية للأمراض العصبيّة والنفسيّة دون أن يكون فعلاً بحاجة لها. (المنلا باسمّة، 2012، ص74)

7- المظاهر العياديّة النفسيّة للتّناذر:

إن الآثار الجسديّة التي يعاني منها الطّفل، والتي تأتي من أعمال الأم من ناحية، ومن أعمال الفريق الطّبي من ناحية أخرى هي خطيرة جدّاً وغير قابلة أحياناً للشّفاء، أقلّه على الصّعيد النفسي في أحيان كثيرة، إذ يترتّب عنها معاناة شديدة للطّفل من التّحالييل المخبريّة غير المجديّة، والاستقصاءات الطّبيّة الموجهة، والعلاجات عديمة الجدوى مع ما تستتبعه من تأثيرات جانبيّة خطيرة، وعمليّات جراحيّة واستئصال أعضاء وتعطّل بعض وظائف الجسم وأضرار دائمة والإصابة بأمراض مزمنة وطويلة الأمد 8% من الحالات والوفاة في 9% من الحالات.

- إنّ هذه المعاناة الجسديّة الطويلة تستتبع غالبا آثارا نفسيّة ونفس جسديّة ومعاناة وجوديّة تختلف باختلاف سن الطّفل وخصوصيّة تجربته، ومن هذه الآثار نذكر على سبيل المثال لا الحصر ما يلي:
- ✓ حالات اكتئابيّة حادّة.
 - ✓ أعراض الشدّة النفسيّة وما بعد الصدمة.
 - ✓ ميل تحريف الواقع.
 - ✓ شكوى وأمراض نفس جسديّة.
- وقد أجمع الكثير من الباحثين على تواتر الآثار التّالية:
- ✓ اضطرابات سلوكيّة كالمعارضة والمشاكسة خاصّة عند الأطفال في سنّ ما قبل الدّراسة.
 - ✓ اضطرابات الطّعام كالأنوركسيا أو إباء الطّعام، وهو نمط من الامتناع عن الطّعام، خصوصا عند الرضّع.
 - ✓ الإصابة بتناذر مانشوسون البسيط فالطّفل يدخل هنا في اللّعبة المرضيّة، فيحرّف الواقع، ويقنع نفسه بأنّه مريض وكأنّه بحاجة لأن يتعذّب، ويخلق ويبتدع لنفسه الأعراض المرضيّة، وينمّي تناذر مانشوسون البسيط وتظهر هذه الأعراض في سنّ الدّراسة وعند المراهقين.
 - ✓ أعراض إقلابيّة.
 - ✓ قلق من فراق الأم بسبب العلاقة الانصهاريّة والاندماجيّة التي تربطه بها، والتي قد تؤدّي إلى خوفه من المدرسة ورفضه المتكرّر للذهاب إليها.
 - ✓ الافتقار إلى النّضج العاطفي بسبب التّبعيّة المبالغة للأم.
 - ✓ أعراض احتياج وعدوانية عند الطّفل إذا ما حاولنا فصله عن أمّه، خصوصا في سنّ ما قبل الدّراسة.

8- العلاج وصعوباته:

- من المؤكّد أنّ الخطوة الأهم هي تشخيص إصابة الأم بهذا التّناذر في وقت مبكّر، ومن المؤكّد أيضا أنّ الطّفل لا يخرج من هذا النّوع من سوء المعاملة بشكل سليم، حتّى ولو

تمّ البدء بتأهيله بشكل سليم، حتّى ولو تمّ البدء تأهيله بشكل فوري وسريع، ولعلّ أكبر صعوبة نواجهها في الخطة العلاجية هي فصل الطّفل عن أمّه وفي دفعه إلى قبول بأنّها كانت تسيء معاملته وتعنّفه جسديًا بواسطة الفريق الطّبي، "فالطّفل الضّحية يرفض وفق بادي لأوسن هذه الحقيقة، وينكر الواقع، فقلق الانفصال عن أمّه يدفعه إلى أن يصمت وأن يخدع هو بنفسه الجسم الطّبي".

تقول إحدى الضّحايا: إنّي أعرف ولا أعرف، لا أستطيع أن أقول لنفسي أنّ أمّي هي التي كانت تجعلني مريضة"، فالكلام يعني الخيانة، وهذا التّواطؤ قوامه أنّ الطّفل لا يمكنه أن يخون أمّه، لأنّ خيانتها لها تعني نبذها له وتخليها عنه. "وعندها، ونظرًا لحبّه الكبير لها، فإنّه يفضل السّكوت وهذا هو بالذّات ما يصعب من مهام التّشخيص لأنّ الطّفل الضّحية يستر ويغطّي أمّه الجانية خوفًا من أن تتركه أو من أن يفصل عنها رغم أنّ هذا الانفصال ضروري في أغلب الأحيان، لأنّ البقاء معها يعني استمرار الأعراض، ويعني أيضًا التّبعيّة المتزايدة لها، والخطر المتعاظم على صحّة الطّفل وحياته، وتكمن خطورة المشكلة في أنّ فصله النّهائي عن والدته الجانية يكون ملحقًا وضروريًا في 50% من الحالات، وقد تستهدف الأم الجانية أخوة الضّحية بنسبة تتراوح بين 40 إلى 50، كما أنّ عودة الضّحية إليها بعد فصلها عنها تبقى محفوفة بالمخاطر إذ أنّ احتمال أن تكرّر الأم فعلتها هو ما بين 33% وفق البعض.

غير أنّ الآمال العلاجية تبقى كبيرة، خصوصًا عندما يكون التّدخل مبكرًا، رغم أنّ طريق التّأهيل صعب، سواء للأطفال الضّحايا أو للأمّهات الجانيات. (المنلا باسمه، 2012، ص82).

رابعاً - تعريف المرض العقلي:

يشير مصطلح الأمراض العقلية إلى مجموعة واسعة من الأمراض التي تؤثر على المزاج، والتّفكير، والسلوك، وتتضمّن الاكتئاب، واضطرابات القلق، وفصام الشخصية، واضطرابات الأكل، والسلوكيات المسيّبة للإدمان.

ويعاني معظم الأشخاص من مشاكل تتعلق بالصحة العقلية من وقت لآخر، ولكن تتحول المشاكل لمرض عقلي عندما تتسبب العلامات والأعراض المستمرة في ضغط نفسي متكرر وتؤثر على قدرة المصاب على تأدية الأعمال.

ويمكن للأمراض العقلية أن تجعل المصاب بائساً، كما يمكن أن تسبب مشكلات في حياته اليومية، مثلاً في العمل أو في العلاقات الشخصية والعاطفية، وفي معظم الحالات، يمكن التعامل مع الأعراض بالأدوية والعلاج النفسي معاً. (القرني، محمد سالم، 2015، ص46)

1- أسباب المرض العقلي:

يعتقد أن الأمراض العقلية عامة تحدث بسبب مجموعة متنوعة من العوامل الوراثية والبيئية:

- الخصائص الموروثة: تشيع الإصابة بالأمراض العقلية لدى الأشخاص الذين لديهم أقارب بيولوجيون (أقارب الدم) مصابون بمرض عقلي أيضاً، ويمكن أن تزيد جينات معينة من خطر الإصابة بمرض عقلي ما.
- العوامل البيئية قبل الولادة: يمكن أن يرتبط التعرض للفيروسات، أو السموم، أو الكحول، أو المخدرات أثناء وجود الطفل في الرحم بالإصابة بالمرض العقلي.
- كيمياء المخ: يعتقد أن التغيرات البيوكيميائية في المخ تؤثر على الحالة المزاجية وغيرها من جوانب الصحة النفسية وتلعب المواد الكيميائية الطبيعية الموجودة في المخ المعروفة باسم الناقلات العصبية دوراً في بعض الأمراض العقلية. وفي بعض الحالات يؤثر عدم توازن الهرمونات على الصحة العقلية.

2- تشخيص الأمراض العقلية:

أ- الفحص البدني: سوف يحاول الطبيب استبعاد المشكلات البدنية التي يمكن أن تسبب الأعراض لديك.

ب- **الاختبارات المعملية:** قد تتضمن هذه الاختبارات التحقق من وظائف الغدة الدرقية أو فحوصات الكشف عن تعاطي الكحول أو المخدرات، على سبيل المثال.

ج- **التقييم النفسي:** سيتحدث معك الطبيب أو مقدم خدمات الصحة النفسية بشأن الأعراض التي تعاني منها وأفكارك ومشاعرك وأنماط سلوكك، وقد يطلب منك ملء استبيان للمساعدة على الإجابة على هذه الأسئلة.

د- **تحديد المرض العقلي:** تصعب في بعض الأحيان معرفة ما المرض العقلي الذي يتسبب في الأعراض، ولكن من شأن استغراق الوقت وبذل الجهد للوصول إلى تشخيص دقيق أن يساعد في تحديد العلاج المناسب.

وترد الأعراض المحددة لكل مرض من الأمراض العقلية بشكل تفصيلي في الدليل التشخيصي والإحصائي. للاضطرابات النفسية (DSM-5). (الكفيري، وداد محمد سمور، قاسم محمد، 2013، ص96).

3- أنواع المرض العقلي:

✓ **اضطرابات النوم العصبي:** تغطي هذه الفئة مجموعة واسعة من المشكلات التي عادة ما تبدأ في سن الرضاعة، أو من خلال مرحلة الطفولة، أو سنوات المراهقة، ومن أمثلة هذه الاضطرابات اضطراب طيف التوحد، واضطراب فرط الحركة، وتشتت الانتباه (ADHD)، واضطرابات التعلم.

✓ **اضطرابات فصام الشخصية وغيرها من الاضطرابات النفسية:** تتسبب الاضطرابات النفسية في الانفصال عن الواقع (الأوهام، وجنون العظمة، والهلاوس). وأبرز مثال على هذه الاضطرابات فصام الشخصية، على الرغم من إمكانية ارتباط فئات أخرى من الاضطرابات بالانفصال عن الواقع في بعض الأحيان.

✓ **الاضطراب ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة:** تتضمن هذه الفئة الاضطرابات ذات نوبات الهوس المتغيرة- وهي فترات من فرط النشاط، والطاقة، والإثارة- والاكتئاب.

✓ **الاضطرابات الاكتئابية:** تشمل هذه الفئة الاضطرابات التي تؤثر على كيفية شعورك عاطفياً، مثل مستوى الحزن والسعادة، وتتضمن أمثلتها اضطراب الاكتئاب الرئيسي والاضطراب المزعج السابق للحيض.

✓ **اضطرابات القلق:** القلق هو عاطفة تتسم بتوقع الخطر أو سوء الطالع في المستقبل، ويصاحبه شعور بالعصبية، وعدم الارتياح، وتتضمن هذه الفئة اضطراب الهلع، وحالات الرهاب.

✓ **اضطراب الوسواس القهري والاضطرابات ذات الصلة:** تتضمن هذه الاضطرابات الانشغالات أو الهواجس والأفكار والأفعال التكرارية. وتشمل أمثلتها اضطراب الوسواس القهري، واضطراب الاكتناز القهري، واضطراب نزع الشعر (هوس نتف الشعر).

✓ **الاضطرابات المرتبطة بالصدمة وعوامل الكرب:** تعدّ هذه من اضطرابات التكيف وفيها يعاني الشخص من صعوبة التكيف أثناء حدث ضاعطاً نفسياً من أحداث الحياة أو بعده، وتتضمن أمثلتها اضطراب الكرب التالي للصدمة (PTSD) واضطراب الكرب الحاد.

✓ **اضطراب الانشقاقية:** هي اضطرابات يتشوش فيها شعورك بذاتك التراب، مثل الهوية الفصامي وفقدان الذاكرة الفصامي.

✓ **الأعراض الجسدية والاضطرابات ذات الصلة:** قد يعاني الشخص المصاب بواحد من هذه الاضطرابات من أعراض جسدية بدون وجود سبب طبي واضح، ولكن يصاحب هذه الاضطرابات ضيق وضعف بالغان، وتتضمن الاضطرابات اضطراب العرض الجسدي (المعروف سابقاً باسم وسواس المرض) والاضطراب المفتعل.

✓ **اضطرابات التغذية والأكل:** تتضمن هذه الاضطرابات اضطرابات تتعلق بالأكل مثل فقدان الشهية العصبي واضطراب نهم الطعام.

✓ **اضطرابات الاطراح:** تتعلق هذه الاضطرابات بالتخلص من البول أو البراز بشكل غير صحيح سواء عن غير قصد أو بقصد، وبعدّ سلس البول الليلي أحد الامثلة لهذه الاضطرابات.

✓ اضطرابات النوم واليقظة: هي اضطرابات في النوم تكون من الحدة بحيث تتطلب عناية سريرية، مثل الأرق وانقطاع النفس أثناء النوم، ومتلازمة تملل السائقين.

✓ الاضطرابات المتعلقة بتعاطي المخدرات والإدمان: تتضمن هذه الاضطرابات المشكلات المتعلقة بتناول الكحول، والكافيين، وتدخين التبغ، وتعاطي المخدرات، كما تتضمن هذه الفئة أيضا اضطراب القمار.

✓ الاضطرابات العصبية المعرفية: وتؤثر الاضطرابات العصبية المعرفية على قدرتك على التفكير والاستدلال، وتتضمن هذه الفئة الهذيان، إضافة إلى الاضطرابات العصبية المعرفية الناتجة عن حالات مرضية أو أمراض مثل إصابات الدماغ الرضخية، أو مرض الزهايمر.

✓ اضطرابات الشخصية: يتضمن نمطا دائما من عدم الاستقرار العاطفي والسلوك غير السليم الذي يسبب مشكلات في حياتك، وعلاقاتك الشخصية والعاطفية، وتتضمن أمثلتها اضطراب الشخصية الحدي واضطراب الشخصية الانطوائية.

✓ اضطرابات الخلل الجنسي: تتطوي هذه الاضطرابات على اهتمام جنسي يتسبب في ألم أو ضعف شخصي لصاحبه أو يتسبب في أذى محتمل أو فعلي لشخص آخر، ومن أمثلتها السادية الجنسية، واضطراب التلصص الجنسي، واضطراب عشق الأطفال.

✓ الاضطرابات العقلية الأخرى: تتضمن هذه الفئة الاضطرابات العقلية التي تكون نتيجة حالات مرضية أخرى أو لا تقي بجميع معايير إحدى فئات الاضطرابات المذكورة أعلاه. (محاسنة، عمر موسى، 2018، ص102).

4- علاج المرض العقلي:

يتوقف العلاج على نوع المرض العقلي، ومدى حدته، وما هو العلاج الذي يناسب المريض، وفي الكثير من الحالات يكون المزج بين طرق العلاج هو أفضل وسيلة ناجعة للعلاج.

وإذا كان المرض العقلي بسيطا مع أعراض يتم التحكم فيها جيّدا، فقد يكفي تلقّي العلاج من مقدّم رعاية صحّية واحد، ولكن غالبا ما يكون نهج الفريق مناسبا للتأكد من

استيفاء جميع الاحتياجات النفسية، والطبية والاجتماعية، ويكون هذا مهماً بشكل خاص في حالات الأمراض العقلية الحادة، مثل فصام الشخصية.

الأدوية:

على الرغم من الأدوية النفسية، لا تشفي المرض العقلي إلا أنها تتمكن غالباً من تحسين الأعراض بدرجة كبيرة، ويمكن أيضاً أن تساعد في جعل طرق العلاج الأخرى، مثل العلاج النفسي أكثر فاعلية، وتتوقف نوعية الأدوية المناسبة لك على حالتك الخاصة، وكيفية استجابة جسمك للدواء، وتشمل بعض فئات الأدوية النفسية الموصوفة طبيًا الأكثر استخداماً ما يلي:

✓ **مضادات الاكتئاب:** تستخدم مضادات الاكتئاب لعلاج الاكتئاب والقلق، وحالات أخرى في بعض الأحيان، ويمكن أن تساعد هذه الأدوية في تحسين أعراض مثل الحزن، والقلق، واليأس، وقلة النشاط، وصعوبة التركيز، وقلة الاهتمام بممارسة الأنشطة، ولا تسبب مضادات الاكتئاب الإدمان.

✓ **الأدوية المضادة للقلق:** تستخدم الأدوية المضادة للقلق في علاج اضطرابات القلق، مثل اضطراب القلق العام، واضطراب الهلع، كما قد تساعد هذه الأدوية أيضاً في تخفيف الاحتياج والأرق، وتتكون أدوية القلق طويلة الأجل في معظمها من مضادات الاكتئاب التي تصلح أيضاً لعلاج القلق، أيضاً هناك الأدوية المضادة للقلق سريعة المفعول، والتي تساعد في تخفيف الأعراض على المدى القصير-ولكنها قد تسبب الإدمان ومن أفضل استخدامها لمدة قصيرة-.

✓ **مثبتات المزاج:** يكثر استخدام مثبتات المزاج لعلاج الاضطراب ثنائي القطب، والذي يتضمن نوبات متقلبة من الهوس والاكتئاب، وفي بعض الأحيان تستخدم مثبتات المزاج مع مضادات الاكتئاب لعلاج الاكتئاب.

الأدوية المضادة للذهان:

عادة تستخدم الأدوية المضادة للذهان، والمعروفة أيضا باسم مضادات الذهان لعلاج الاضطرابات الذهانية مثل فصام الشخصية، كما قد تستخدم أيضا لعلاج الاضطراب ثنائي القطب أو قد تستخدم مع مضادات الاكتئاب لعلاج الاكتئاب.

العلاج النفسي:

خلال العلاج النفسي ستعرف المزيد عن حالتك ومشاعرك، وحالتك المزاجية، وأفكارك، وسلوكياتك، وباستخدام المعلومات والمعرفة التي تكتسبها يمكنك تعلم مهارات التكيف والتعامل مع الضغط النفسي، وتوجد العديد من أنواع العلاج النفسي، وكلّ منها له نهجه الخاص في كيفية تحسين الصحة العقلية، وغالبا ما يحتاج العلاج لبضعة أشهر، ولكن في بعض الحالات قد تكون هناك حاجة لعلاج طويل الأمد، ولا يمكن أن يتم العلاج بشكل فردي أو مجموعات أو مع أفراد العائلة.

علاجات تحفيز الدماغ:

تستخدم العلاجات المحفزة للدماغ في بعض الأحيان لعلاج الاكتئاب وغيره من اضطرابات الصحة العقلية، وعادة ما تكون هذه العلاجات مخصصة للحالات التي لم تستجب للأدوية والعلاج النفسي، وتتضمن هذه العلاجات العلاج بالجلسات الكهربائية والتنبية المغناطيسي عبر الجمجمة، وتحفيز العصب المبهم وعلاجا تجريبيا يطلق عليه التحفيز العميق للدماغ.

دخول المستشفى وبرامج العلاج الداخلية:

في بعض الأحيان يصبح المرض العقلي من الحدة بحيث يتطلب تلقي الرعاية في مستشفى للأمراض النفسية، ويوصى بهذه الطريقة العلاجية بوجه عام عندما يتعذر عليك رعاية نفسك بشكل سليم، أو عندما تكون في خطر مباشر لإيذاء نفسك، أو إيذاء شخص آخر.

وتتضمّن الخيارات العلاجية رعاية المرضى الداخليين على مدار 24 ساعة، أو دخول المستشفى بشكل جزئي أو خلال النهار، أو العلاج الداخلي، والذي يوفر مكانا داعما مؤقتا للإقامة أيضا قد تشمل الخيارات الأخرى العلاج الخارجي المكثف.

علاج الإدمان:

يكثر انتشار الإدمان مع المرض العقلي، وغالبا ما يتعارض الإدمان مع العلاج ويفاقم المرض العقلي، وإذا لم تستطع التوقف عن تعاطي المخدرات أو تناول الكحول من تلقاء نفسك، فستحتاج للعلاج وتتضمن علاجات الإدمان ما يلي:

✓ العلاج النفسي: وذلك لمعرفة المزيد عن حالتك وتكوين تصوّر دقيق عنها.

✓ الأدوية: والتي قد تساعد في تخفيف أعراض الانسحاب، أو تقليل الرغبة الشديدة في تعاطي المخدرات.

✓ برامج العلاج الخارجية: والتي تتطلب الحضور بشكل منتظم لفترة معينة من الوقت.

✓ مشاركة المريض في العناية بنفسه.

يمكن عن طريق عمل المريض مع الطبيب معا تحديد العلاج المناسب، وذلك تبعا لما يعانيه من أعراض ومدى حدتها، وتفضيلاته الشخصية، والآثار الجانبية للأدوية، وغير ذلك من العوامل، وفي بعض الحالات قد يصبح المرض العقلي من الحدة بحيث يتطلب إشراف الطبيب أو أحد الأحباء حتى يتعافى المريض بشكل يسمح له بالمشاركة في اتخاذ القرارات. (المحاسنة، نسيم وعمر المعاينة، 2014، ص122).

5- الوقاية من المرض العقلي:

ليس ثمة طريقة أكيدة الوقاية من الأمراض العقلية، ولكن إذا كنت تعاني من أحد الأمراض العقلية فقد يساعدك اتخاذ بعض الخطوات للتحكم في الضغوط ولزيادة مرونتك وتعزيز تقدير الذات المتدني، في إبقاء الأعراض لديك تحت السيطرة، اتبع الخطوات التالية:

✓ انتبه لأي علامات تحذيرية: تعاون مع الطبيب أو المعالج الخاص بك للتعرف على ما قد يثير الأعراض التي تعاني منها، أعد خطة حتى تعلم ما ستفعله إذا ظهرت الأعراض مجدداً، اتصل بالطبيب أو المعالج إذا لاحظت أي تغييرات في الأعراف أو مدى شعورك بها، واطلب من أفراد العائلة أو الأصدقاء المساعدة في مراقبة ظهور أي علامات تحذيرية.

✓ الحصول على رعاية طبية منتظمة: لا تتجاهل الفحوصات الطبية أو تتغيب عن زيارات مقدم الرعاية الصحية الخاص بالعائلة، وخاصة إذا كنت تشعر بأنك لست على ما يرام، فقد تكون لديك مشكلة صحية جديدة تحتاج لعلاجها، أو قد تعاني من آثار جانبية للدواء.

✓ طلب المساعدة عندما تحتاجها: فقد يصعب علاج حالات الصحة العقلية إذا انتظرت حتى تسوء الأعراض، ويمكن أن تساعد المعالجة طويلة الأمد في الوقاية في انتكاسة الأعراض.

✓ انتبه لنفسك جيداً: فمن المهم الحصول على قدر كاف من النوم، وتناول طعام صحي، وممارسة الأنشطة البدنية بانتظام، حاول الحفاظ على جدول منتظم، تحدث مع مقدم الرعاية الصحية، إذا كنت تعاني من مشاكل في النوم، أو إذا كانت لديك استفسارات بشأن النظام الغذائي، وممارسة الرياضة. (محمد حسن علاوي ومحمد نصر الدين رضوان، 1987، ص63).

المحاضرة الثالثة: الصراع و آليات الدفاع

أولاً: الصراع

ثانياً: آليات الدفاع

مدخل:

يواجه الإنسان خلال حياته العديد من المواقف أو الظروف التي تثير فيه حالات القلق والتوتر الناتج عن عدم إشباع حاجاته، نجد إنسانا أحيانا يفترض هدفا عظيما لا يستطيعه فيتحسر في نفسه وتكبت نفسه.

كلما تعرض المرء لخطر ما قد يحدث له نوع من التأزم النفسي، وعندما ينعكس الإحباط على الفرد الذي يعاني منه ينعكس الإحباط على شخصيته بإطارها العام وقد نلاحظ، ذلك في جانب من جوانب شخصيته، ثم يسعى إلى معالجة مشكلته، ويبدل جهدا يتناسب مع ما يتطلب معتمدا على طاقاته، ويجب أن نقول إن الناس يختلفون في مدى تحملهم للضغوط، إذ إن لكل منا قدرة معينة على تحمل بعض الضغوط والإحباط، فإذا تجاوزها، فإن تغيرات معاكسة سوف تحدث، فقد نجد موقفا ما يثير حالة من الاضطراب لدى فرد معين، ولكنه لا يثير مثل هذه الحالة لفرد آخر.

يجد الإنسان نفسه أحيانا عرضة لرغبات متناقضة، واضطرابات حادة، فيسعى لإيجاد حلول ترضي ضميره، وقد يفشل في ذلك ويصبح عرضة للإضرابات النفسية والتوتر، وقد يتعلم في حياته أنواعا من العمليات والسلوك تساعد على النجاح، واحدة من تلك العمليات الدافعية للتخفيف من مشاكله وللمحافظة على توازنه الداخلي، "هي آلية الدفاع النفسي".

يحاول المرء أن يخدع نفسه بهذه الطريقة، ولا بد من القول إن آليات الدفاع تتدخل عندما يعجز المرء عن إيجاد حلول مناسبة لصراعاته ومشاكله النفسية.

وعلى ضوء هذا يمكننا أن نطرح الإشكال كالتالي:

ما هو الصراع؟

وفيما تتمثل آليات الدفاع؟ وما هو عملها؟

أولاً- مفهوم الصّراع:

1- تعريف الصّراع:

اهتمّت مدرسة التحليل النفسي بالصّراع الذي ينشأ بين الدوافع واعتبرتها الأساس الذي تقوم عليه وسائل الدّفاع، وترى المدرسة الفرويدية أنّ الصّراعات البين نفسيّة تنشأ عندما يصل موضوع الصّراع إلى متطلّبات غير قابلة للتّوافق مع بعضها البعض، وذلك بين الهو والأنا الأعلى والعالم الخارجي أو بين دوافع الهو مع بعضها البعض. (سامر جميل رضوان، 2007، ص222).

والصّراع لا يكون بين قوى النّفس وحدها، وإنّما يكون أيضا بيننا وبين البيئة، وفي البيئة ما يشكّل تهديدا لحياتنا، وفي البيئة ما يشبع رغباتنا، ويرضي حاجاتنا وفيها من ثمّ لذة لنا، وفيها ما يسبّب القلق وبه تكون مخوفنا وتقوم توتراتنا، وبالتالي نشوء الصّراع. (فيصل عبّاس، 1996، ص37)

يقول الدّكتور عثمان لبيب فراج أنّ الصّراع في علم النّفس يقصد به الرّغبة بالقيام بنوعين متعارضين الاستجابة في وقت واحد، فهي حالة من الإثارة بنوعين من الميول المتعارضة، فعندما ترغب استجابتان أو دافعان متعارضان بالظّهور أو في التّعبير عن نفسيهما في وقت واحد يشعر الفرد بالصّراع. (عبد الرّحمان محمّد العيسوي، 2004، ص133)

2- تقسيمات الصّراع:

✱ صراع الإقدام- الإقدام:

ينشأ هذا النّوع من الصّراع بين هدفين متّفقين مع بعضهما، أيضا يمكن تحقيقهما معا وكلاهما مقيم بصورة إيجابيّة من الفرد، وهو من أقرب أنواع الصّراع التي يمكن مواجهتها والتّغلب عليها، وغالبا ما يكون بين واحد من الموضوعين بالصّدفة في النّهاية دون أية آثار سلبية تذكر من جرّاء ترك الأمر الآخر، مثل سؤالنا: هل ألبس هذا القميص أم ذاك؟ (سامر جميل رضوان، 2007، ص222).

✱ صراع الإقدام - الإحجام:

وسبب هذا النوع من الصّراع وجود موضوع فيه جوانب إيجابية وجوانب سلبية في الوقت نفسه، واختيار الموضوع يقتضي من الفرد تحمّل الجوانب السّلبية، إلى جانب الجوانب الإيجابية، وينطبق هذا النوع من الصّراع المثل الشّعبى "من أراد أكل العسل عليه أن يتحمّل لسع النّحل"، ومثل هذا النوع من الصّراع يقود إلى أن يتصرّف الفرد تجاه الموضوع المرغوب بازدواجية أو بصورة متناقضة، ولهذا يسمّى كذلك صراع الميول المتناقضة أو المزدوجة، فالفرد يريد تحقيق الهدف من ناحية، ولكن في الوقت نفسه لا يريد أن يتحمّل تبعاته، وهذا النوع من الصّراع إرهاقا للفرد، وإذا استمرّ لفترة طويلة دون حلّ فإنّه يقود إلى القلق والتوتّر، والأمراض، والاضطرابات الجسدية والنفسية، والأمراض السيكوسوماتية. (سامر جميل رضوان، 2007، ص 222-223).

✱ صراع الإقدام - الإحجام المزدوج:

يسمّى كذلك صراع الميول المتناقضة المضاعف، وهو ليس شكلا مستقلا من أشكال الصّراع، وإنّما هو شكل من أشكال الصّراع الثلاثة السّابق ذكرها، حيث تضاف إلى أحد جانبي الصّراع قوّة إضافية تعزّز من إمكانية الإقدام على أحدهما، وتقلّل من الإحجام عن الآخر أو العكس. (سامر جميل رضوان، 2007، ص 224).

✱ صراع الإحجام - الإحجام:

ينشأ هذا النوع من الصّراع بين هدفين متناقضين مقيمين سلبيا، عندما يبدو أنّ كلّ مخرج من موقف مزعج لن يكون مرغوبا ولا مفرّ من اختيار أحدهما على الإطلاق، ويغلب أنّ يتمّ في النّهاية اختيار الموقف الأقلّ إزعاجا أو يمكن أن يتمّ تأجيل اتّخاذ القرار فترات زمنية طويلة (المماطلة)، ويتمّ تشبيه هذا النوع بالوقوع بين المطرقة والسندان. (سامر جميل رضوان، 2007، ص 223).

ومن جرّاء هذا النوع الأخير من الصّراع يشعر الفرد بالقلق الشّديد والتوتّر إذا كان عليه أن يختار بين هدفين أحلى ما فيهما مرّ، وفي بعض الأحيان، يواجه الفرد مزيجا من

هذه الصّراعات، فأثناء الصّراع يكافح الأنا من أجل التّكيّف لخفض حدّة القوى والمؤثرات التي تعمل في داخلها لتحقيق نوع من الوئام والانسجام بين قوة الهو الذي هو مستودع الرّغبات الحيوانيّة والشّهوانيّة الذي يسعى لإشباعها بطريقة قهريّة، وبين الأنا الأعلى التي تجاهد في سبيل الوصول إلى الكمال التي تراقب بدورها عمل الأنا، وعندما تعترف الأنا بضعفها فإنّها تنفجر نحو القلق. (عبد الرّحمان محمّد العيسوي، 1990، ص172-173)

ثانيا - آليات الدّفاع:

لقد شرح فرويد Freud في محأولاته لفهم العمليات العقلية دور اللاشعور في التّحكّم بالتصرّف البشري وبين حيله المتعدّدة من تعويض وتبرير وإسقاط وإزاحة وكبت بنوع خاص، وأطلعنا التّحليل النّفسي على أنّ بعض الدّوافع كثيرا ما تكون نتيجة لظروف غير مواتية مرّ بها الفرد في حياته وطفولته خاصّة، وهذا يعني أنّ لا شعورنا يخفي عنّا حقيقة دوافعنا. (علي ماضي، بدون سنة، ص242)

1- لمحة تاريخيّة:

كان فرويد Freud أول من تحدّث عن الآليات الدّفاعيّة، وبشكل خاصّ عن الكبت ويبرز مصطلح الآليات الدّفاعيّة بشكل منقطعّ خلال كلّ أعمال فرويد Freud إذ برز في كتاب "ما وراء النّفسانية" (1915)، ثمّ في كتاب "ما وراء مبدأ اللذة" (1920)، وفي كتاب "التّحليل النّفسي للأنا" (1921) ثمّ في كتاب "الأنا والهو" (1923)، ثمّ في كتاب الصّدّ العارض والقلق" (1926). (ج. لابلانث، بونتاليس، 2002، ص29)

ورأى في آليات الدّفاع النّفسي محاولة مرضيّة وعصابيّة للتّعامل مع الواقع، ونوعا من الحلّ النّفسي الاضطراري لتجنّب الصّراعات بين الدّوافع الداخليّة المتناقضة، وأكّد على الجانب المشوّه والمحرّف للواقع لهذه الآليات ورأى أنّ شكل الدّفاع اللاحق يتحدّد خلال السّنّوات الخمس الأولى من الحياة. (سامر جميل رضوان، 2007، ص238)

بعد 1926 أصبحت موضوعاً هاماً من موضوعات البحث في التحليل النفسي، خصوصاً بعد ظهور كتاب آنا فرويد Anna Freud المخصّص لهذه الآليات. (ج. لابلانز، بونتاليس، 2002، ص29)

فقد كانت آنا فرويد Anna Freud أول من عمّق ووسّع مفهوم آليات الدفاع، وقامت بالتمييز بينها وشرحها، وصنّفت عشرة أشكال الآليات، وأضافت إليها ميلاني كلاين Melanie Klein عدّة آليات أخرى. (سامر جميل رضوان، 2007، ص238).

2- تعريف ميكانيزمات الدفاع:

• **تعريف فرويد Freud:** الميكانيزمات الدفاعية هي الحيل أو الآليات التي يستخدمها الأنا لاحتال بها على الخبرات غير السارة والموضوعات التي يأتيه منها الألم فينكرها أو يزورها أو يحرفها ولا يتعامل معها مباشرة بالطرق المنطقية، وهذه الحيل يأتي بها الأنا تلقائياً كلما استشعر العجز ودون أن يدري ويقال لذلك أنها لا شعورية أو تعمل لا شعورياً. (فيصل عباس، 1996، ص35)

• **تعريف لازاروس Lazarus وفولكمان Wolkman (1984):** الميكانيزمات الدفاعية عبارة عن مجموعة فرعية من أشكال المواجهة البين نفسية التي يتم توجيهها نحو تعديل عمليات التقويم الذاتية لوسائل الدفاع مبرهنة علمياً ولا خلاف حولها، وهي إحدى أقسام جهاز المناعة النفسي للفرد. (سامر جميل رضوان، 2007، ص257)

• **تعريف زهران:** هي محاولات للإبقاء على التوازن النفسي من أن يصاب بأي اختلال، وهي آليات عادية يتّخذها كلّ الناس سواء أصحاء أو مرضى، والفرق بينهما، هو تمكّن ونجاح الأول وإخفاق الثاني، أي وجودها بصورة معتدلة عند الأول وبصورة مفرطة عند الثاني. (علي صبره، 2004، ص36)

• **تعريف فراج عثمان لبيب:** هي أنماط مختلفة من العمليات التي لا تستهدف حلّ الأزمة النفسية، بقدر ما تهدف إلى الخلاص من مشاعر التوتر والقلق، والوصول إلى قدر من

الرحّة المؤقتة، وهي أساليب لا واعية تسعى لحماية الذات من التّهدّيات الدّاخلية والخارجية معا. (فيصل غبّاس، 1990، ص28)

الميكانيزمات الدّافعية إذن هي استجابات لا شعورية يستخدمها النّاس في عملية توافقهم وذلك بإخفاء الانعصاب والقلق عن ادراكهم وعن الآخرين، وتتمثّل في الحيل الدّفاعية اللاشعورية التي تؤمّن للفرد وسائل نفسية لحماية الذات من الانعصاب ولحفظ الشّعور بقيمة الذات، وبالرغم من أنّ الحيل الدّفاعية اللاشعورية ينظر إليها في الأساس لجزء من نظرية التحليل النفسي الفرويدي فإنّها مع ذلك تستخدم لحماية النّفس من تأثير الانعصاب ومن المشكلات الأخرى كالإخفاق أو المصاعب المختلفة التي يواجهها المرء في طريقه نحو التكيف السوي. (علي ماضي، بدون سنة، ص288)

3- الخصائص العامة لميكانيزمات الدّفاع:

- آليات الدّفاع هي أنماط مختلفة من العمليات التي يمكن للدّفاع أن يتخصّص فيها وتتنوّع الآليات السّائدة تبعا لنمط الإصابة أو الاضطراب وتبعا للمرحلة التكوينية للمصاب وكذلك تبعا لدرجة إرسان الصّراع الدّفاعي.

- إنّ ميكانيزمات الدّفاع عند الأنا هي وسائل غير متعلّقة لمواجهة القلق ذلك لأنّها تشوّه الواقع أو تخفيه أو تتكره وتمنع النّمّو النفسي، فهي تقيد الطّاقة النفسيّة التي قد تستخدم في وجوه أكثر فاعلية لنشاط الأنا، وحين يغدو الدّفاع بالغ النّفوذ فإنّه يسيطر على الأنا ويعوق مرونته وقابليته للتّكيف، وأخيرا إذا فشلت وجوه الدّفاع لم يعد للأنا ما يعتمد عليه فيكتسحه القلق والنّتيجة انهيار نفسي.

- فلم إذا توجد وجوه الدّفاع ما دامت مؤذية من جوانب عديدة؟ السّبب هو أنّ وجودها هو أمر لازم للنّمّو، إنّ الأنا الطّفولي أضعف من أن يؤلّف وينسّق بين جميع المطالب المطلوبة منه، فالأنا يتّخذ وجوه الدّفاع عنده بمثابة إجراءات وقائية، فإذا لم يستطع الأنا تخفيف التّوتر بالوسائل العقلية لاذ بإجراءات من قبيل إنكار الخطر (الكبت)، وإخراج الخطر (إسقاط)، وإخفاء الخطر (تكوين ردّ الفعل) الجمود عند حدّ معيّن (تثبيت)، أو التّكوص

(تراجع)، ويحتاج الأنا الطفولي إلى جميع هذه الميكانيزمات المساعدة ليستعين بها. (محمّد فتحي الشنيطي، 1971، ص114-115).

- يستخدمها جميع الأشخاص لا شعوريًا وفي مواقف مختلفة سواء عند الأسوياء أو عند المرضى، ولا يمكن اعتبارها سمة مميزة للأمراض النفسية، إلاّ أنّه يلاحظ غلبة استخدام المرضى نفسيًا حتّى جسديًا لهذه الآليات.

- وسائل الدفاع مبرهنة علميًا ولا خلاف حولها وهي إحدى أقسام جهاز المناعة النفسية. (سامر جميل رضوان، 2007، ص238)

- تشير نتائج الدّراسات الطّويلة الواسعة لعلم نفس الأنا إلى أنّ وسائل الدّفاع تنمو وتتغيّر خلال مجرى الحياة إلى أشكال أكثر إبداعية وحكمة، على عكس ما تصوّره فرويد أنّها تتشكّل خلال السّنّوات الخمس الأولى من الحياة وتبقى ثابتة مدى الحياة. (سامر جميل رضوان، 2007، ص239).

4- وظائف ميكانيزمات الدفاع

لميكانيزمات الدفاع وظائف عديدة تؤدّيها ومن بينها نجد:

- تقوم وسائل الدفاع بوظائف المحافظة على الحياة ومن ثم لا يمكن الاستغناء عنها.

- ميكانيزمات الدفاع ليست عبارة عن وسائل يتم تسخيرها من قبل الأنا لصد كبت وإخفاء الدوافع الجنسية فحسب وإنما وظيفتها مساعدة الأنا على مواجهة سلسلة واسعة من المشاعر التي تهدده كالعدوانية والحزن والتعلق... الخ أثبت علماء النفس مثل ميلاني كلاين Melanie Kline وهاري ستيك سوليفان H.S.Solivan في دراساتهم العيادية بأن وسائل الدفاع لا تسيطر على الواقع النفسي الداخلي فحسب وإنما تصوغ العلاقات الاجتماعية للآخرين والمشاعر المرتبطة بذلك (سامر جميل رضوان، 2007، ص 238).

5 - تصنيف الميكانيزمات الدفاعية

ميزت أنا فرويد Anna Freud في كتابها الأنا وميكانيزمات الدفاع بين 4 أنواع من آليات الدفاع:

- آليات دفاع تنشأ من الصراع بين الغرائز
- آليات دفاع تنشأ من قوة الغرائز
- آليات دفاع تنشأ من الخوف من العالم الخارجي
- آليات دفاع تنشأ من الشعور بالذنب

وقد وجدت أن الكبت يرتبط بالهستيريا والعزل والإلغاء الرجعي بعصاب الوسواس والإسقاط بالهذاء. (فيصل عباس 1990 ص 30)

وهناك من العلماء حالياً من يقسمها إلى آليات دفاع بدائية ومطورة، بسيطة ومركبة، ناضجة وغير ناضجة. وقد قسم جورج فيلانت George Filant وسائل الدفاع الأكثر أهمية إلى أربعة مجموعات:

• ميكانيزمات الدفاع الذهانية

تمثل الحل الأبسط لصراع نفسي، إذ يتم إنكار الواقع أو تحويله ببساطة. فالأم التي تنتظر عند النافذة عودة ابنها المتوفى، إنما تقوم بعملية إنكار للواقع. أما تشويه الواقع الخارجي كي يتلاءم مع ضرورة داخلية نفسية فهو أكثر تكلفة من مجرد الإنكار البسيط للحقائق، ويمكن كذلك أن يتم صد وإخماد الرغبات الجنسية للشريك الواقعي جداً. فكل الطاقة الجنسية توجه إلى خداع الذات من خلال تجاهل وإنكار الحقائق وتزوير الواقع. أما الأشكال بدائية من وسائل الدفاع فهي نوع من برنامج الطوارئ للنفس يكون في الطفولة المبكرة جاهزاً للتدخل بشكل مباشر ويؤثر بسرعة لحماية الأنا من أي تشوش طارئ بشكل مفاجئ. (سامر جميل، رضوان، 2007، ص 250).

• وسائل الدفاع غير الناضجة

هي من وسائل الدفاع الأكثر دهاءا وتمايزا من المجموعة الأولى. ويتم استخدام هذه الحيل لمواجهة الصراعات التي تستمر لفترة طويلة جدا وتبدو غير قابلة للحل. وغالبا ما تبدو وسائل الدفاع غير الناضجة غريبة ومثيرة للتعجب بشكل غير عادي بالنسبة للمراقب الخارجي. وهي عندما تبدأ بالسيطرة على الحياة النفسية لإنسان ما فإنها غالبا ما تتحول إلى جزء أساسي من سمات الشخصية، حيث تغلب على هذه الشخصية الصفات البرانونية أو الفصامية.

والناس الذين يشكون بشدة في قيمتهم الذاتية أو يخشون من فقدان حب الأشخاص المهمين بالنسبة لهم ينكرون المشاعر غير المرغوبة لديهم كالعدوانية أو الصفات النفسية ذات القيمة السلبية كالبلخ، مثلا، ويسقطونها إلى أشخاص ومواضيع العالم الخارجي. ووسائل الدفاع مبرهنة علميا ولا خلاف حولها وهي إحدى أقسام جهاز المناعة النفسي. (سامر جميل، رضوان، 2007، ص 251).

• وسائل الدفاع العصابية

هي وسائل لا تقوم كثيرا على خداع الذات الشديد وتشويه الواقع ولا تهدف إلى حلول من نوع كل شيء أو لا شيء وإنما تجد إلى حلول وسط بين التوقعات ومتطلبات العالم الخارجي والضرورة الداخلية، لهذا تبدو الآليات الدفاعية العصابية أقل شذوذا وأقل مرضية من الوسائل الأخرى. فالعصابيين لا يهربون من الواقع بل يحاولون تنسيق أفكارهم ومشاعرهم الداخلية بشكل لا تعيق فيه هذه الأفكار حياتهم اليومية بشكل كبير وتعد الإزاحة من كلاسيكيات ميكانيزمات الدفاع هذه. ففيها تتم إزاحة رغبة دافع غير مقبول يقلق الأنا يثير دائما صراعات معذبة جديدة إلى موضوع يبدو غير مؤذ. كما أن العقلنة أو التبرير هي محاولة للسيطرة على المشاعر المهددة بطريقة مقبولة إذ يتم هنا فصل المشاعر عن الأفكار التابعة لها وبالتالي يمكن قمع ألم الحزن ووسائل الدفاع مبرهنة علميا ولا خلاف حولها وهي إحدى أقسام جهاز المناعة النفسي. (سامر جميل، رضوان، 2007، ص 252)

• وسائل الدفاع الناضجة

هي من الآليات الدفاعية المتطورة جدا تشبه العمليات الكيميائية التي كانت سائدة في العصور الوسطى: فمن التبن يتم التوهم بإمكانية الحصول على الذهب والتبن هنا هو خبرات الحياة المزعجة والمؤلمة والذهب هو الإستراتيجية الناجحة للتعامل مع الحقائق العشوائية والمؤلمة وتتمثل في ميكانيزمات مثل التصعيد والغيرية والحدس وسائل الدفاع مبرهنة لا خلاف حولها وهي إحدى أقسام جهاز المناعة النفسي (سامر جميل رضوان، 2007، ص 253).

والنضج يعني القدرة على التعبير عن المشاعر حتى السلبية منها دون إلحاق الضرر بالذات. وينسب كثيرا لوسائل دفاع الأنا ويتم وفق خطوة أولى والتي تحدث عندما نبحث عن مكان الضبط في ذواتنا ولا نعود نعزو كل شيء إلى العالم الخارجي والخطوة الثانية تتم عندما لا يعود الأنا مضطرا إلى الهروب إلى سلوك شاذ أو مرضي من أجل التغلب على الصراعات الداخلية. (سامر جميل رضوان الصحة النفسية، 2007 ص 254)

6 - النظريات المتطورة لميكانيزمات الدفاع:

أ- النظرية السلوكية

ينظر السلوكيون إلى الأساليب الدفاعية التي يسمونها أيضا طرق التصدي للضغط، على أنها أساليب سلوكية يتعلمها الفرد للقضاء على القلق أو تخفيفه، في المواقف التي يتعرض فيها لدرجة عالية من التوتر كالمواقف المحبطة أو الصراعات أو المثيرات المهددة والمقلقة حيث يلجأ إليها بهدف الحماية من هذا الخطر بإبعاده أو التقليل من تأثيره المؤلم ونجاح هذه الأساليب في تحقيق هذه الأهداف من شأنه أن يعززها، ويجعل منها عادات سلوكية دائمة عند الفرد يلجأ إليها كلما تعرض لموقف مهدد أو خطر.

وإذا كان اللجوء إليها حسب التحليليين يتم بطريقة لاشعورية فإن السلوكيون يؤكدون أنها تتم بطريقة شعورية مقصودة، وفي ضوء هذا التفسير فالكبت أقرب إلى مفهوم القمع

حيث يتضمن هذا الأسلوب القصد والعمد في قمع الأفكار والمشاعر غير المقبولة حيث يبعدها عن مجال إدراكه وانتباهه (ع. العيسوي 1992، ص 72)

ب- نظرية الشخصية

من روادها فروم Fromm الذي يعارض الاتجاه الحتمي لفرويد Freud ويرفض حتمية السلوك الإنساني والآليات اللاشعورية ويؤكد قدرة الإنسان على مواجهة المشكلات وحلها، فالإنسان يولد حاملا معه إمكانيات إنسانية فطرية يمكن لها أن تنمو تحت تأثير الظروف الاجتماعية والاقتصادية من أجل التصدي للبيئة الداخلية والخارجية للفرد. ويؤكد فروم Fromm أن الحاجة إلى الارتباط بالآخرين والانتماء والإحساس بالارتباط بعلاقات جذرية كذلك التسامي هي حاجات حيوية وهامة عند الإنسان فهي وتشبع حاجاته بالشعور بالذات. (فيصل عباس، 1990، ص34)

ويرى فروم Fromm أن القسم الأكبر من صراع الإنسان في هذا العالم لا يمكن تفسيره فقط بقوى غريزية، فالنشاط الإنساني لا يقتصر على إشباع حاجاته الفسيولوجية بل إن الإنسان عندما يشبع هذه الحاجات الأساسية يبدأ في السعي وراء السلطة والفردية ولذلك فبينما تحدث عملية الاصطباغ بالصبغة الفردية فإن نمو النفس يتعرقل لأسباب عديدة فردية واجتماعية وتنتهي هذه الهوة بين هذين التيارين إلى شعور لا يطاق بالعزلة وهذا يقتضي بدوره آليات نفسية منها الهروب. لكن الإنسان يعاني من صراع نفسي نتيجة إحساسه بأن أسلوب الهرب الذي يستخدمه يولد نفس النتائج التي حاول أن يتجنبها لعدم مواجهة المشكلات (فيصل عباس، 1990، ص 37)

وينكر فروم Fromm الاتجاه الليبيدي في تفسير السلوك الإنساني ويرى أن القوة الدافعة له تتبع من ظروف وجوده الاجتماعي وأن الإحباطات الجنسية ليست هي سبب الصراعات النفسية التي يعاني منها الإنسان فإن كل أنواع الصراعات والمرض النفسي في المواقف والتجارب التي يوجد فيها الإنسان هي نتائج لتفاعل الأنماط الثقافية والاقتصادية

السائدة ومن ثم فأساس العواطف الإنسانية والانفعالات تحددها الحاجة إلى الارتباط والتسامي (فيصل عباس، 1990، ص38)

ويرى أن هناك صفات موروثة في الإنسان تحتاج لإشباع وهي تسبب ردود فعل معينة إذا أحبطت وأهم هذه الصفات هو الميل إلى النمو والتطور وتحقيق الإمكانيات التي طورها الإنسان خلال التاريخ الاجتماعي وهذه الإمكانيات لها آليات نفسية خاصة بها فإذا حدث أن كبتت أو أحبطت تلك الميول فإن مثل هذا الكبت يؤدي إلى ردود أفعال جديدة أي يؤدي إلى تكوين الدوافع التدميرية أو التكافلية (فيصل عباس، 1990، ص40).

ج- النظرية الأنثروبولوجية

من أتباعها مالينوفسكي Malinowske، لم يكن منسجما تماما مع التحليل النفسي ونظريات فرويد Freud في الدوافع والآليات الدفاعية إلا أنه كان أول من استخدم التحليل النفسي في دراسة المجتمعات البدائية. فهو يرجع التثبيت لا إلى الخصائص الداخلية في الليبيدو بل إلى الأساليب الشائعة في تربية الأطفال فالحضارة بالنسبة له تبرز ميول الإنسان الطبيعية أكثر مما تكبتها (فيصل عباس، 1990، ص 46-47)

وفيم يخص فكرة التماهي ترى عالمة الأنثروبولوجية ميد Myde أن الصبي الصغير عند قبائل "الأرايش" الذي يبقى في عهدة أبيه أكثر مما يبقى عند أمه والأكثر ارتباطا من الناحية العاطفية بأمه لا يتأنت بل يشبه أباه عكس التماهي وعقدة أوديب التي تحدث عنها فرويد Freud. (فيصل عباس، 1990، ص 49)

وترى أن التماهي عملية شاملة عند المصابين بالهستيريا فما أسهل أن تتماهى المرأة الهستيرية في أعراضها بالأشخاص الذين كانت لها بهم علاقة جنسية (فيصل عباس، 1990، ص 62).

د- نظرية الذات:

عند أصحاب نظرية الذات فإن ميكانيزمات الدفاع هي وسائل أو أساليب تلقائية مرنة، يستجيب بها الفرد عند إدراكه للتهديدات سواء الخارجية منها أو الداخلية، ليظل بناء الذات

سليما وبعيدا عن التحديات. وهي وسائل قبل شعورية أو لاشعورية في نظرهم، فالفرد عندما يقوم بالعمليات الدفاعية لا يكون على وعي واضح بأنه يسلك على نحو يدافع به عن بناء الذات لديه ضد ما يتعرض له من تهديدات ومخاطر وفي الواقع فإن الفرد الذي يمارس الدفاعات إذا تحقق أو تبين أنه في موقف دفاعي فإنه قد يبادر بالقيام تلقائيا بعملية ضبط وتحكم بسلوكه الدفاعي، فما هي إذن إلا وسائل اجترارية للدفاع عن بناء الذات (ع. العيسوي، 1992، ص 72).

المحاضرة الرابعة: البنية – الغريزة – النزوة

أولاً: البنية

ثانياً: الغريزة

ثالثاً: النزوة

مدخل:

علم النفس المرضي أو علم النفس الشواذ يعتبر فرعاً نظرياً من فروع علم النفس، والذي يتميز بأهميته لدعمه للفروع التطبيقية لعلم النفس خاصة الكلينيكية منها، فيمتاز بدقة الوصف للسلوك غري السوي والمرضي أو الشاذ أو غير الطبيعي، فيهتم بتحديد وصف أعراضه تشخيصه دراسة الأسباب التطور والملاّل وخطر الإصابة، كما يهتم بالدراسة الفارقة بني كل اضطراب واضطراب ونسبة انتشار كل اضطراب، ووضع الاضطرابات ضمن تصانيف تسمح للمطبق العيادي باستخدامها مع الحالات.

أولاً - البنية

في علم النفس المرضي: يعرف بارجوري البنية النفسية على أنها ذلك التنظيم الثابت والنهائي لمكونات ميتاسيكولوجية أساسية سواء كانت الحالة مرضية أو سوية. وربط بارجوري في مفهوم البنية في إطار علم النفس المرضي التحليلي بمسألة السواء واللاسواء مركزا على فكرة هشاشة الخط الفاصل بينهما، إذ أن الفرد السوي يمكن أن يصبح في أي لحظة لا سويا وينتسك شرط أن لا يتعلق الأمر بتنظيم اعتمادي.

ولأن هذا التنظيم لا ينتمي إلى بنية مؤكدة ويشير بأن تشخيص السواء يتطلب فحصا للطريقة التي يتلاءم بها الشخص مع بنيته النفسية الخاصة، فمفهوم السواء لديه يتعلق بحالة التلاؤم الوظيفي الناجح ضمن بنية ثابتة فقط، سواء كانت عصبية أو ذهانية، في حين تناسب المرضية انقطاعا ضمن نفس الخط البنيوي. "سي" موسى وابن خليفة، 8002، ص.73) وكان فرويد قد أشار إلى البنية من خلال ظهور الاضطراب النفسي تبعا للتصدعات ويقول في ذلك. "إذا سقط بلور من الكريستال، فإنه لا ينكسر بأي حال من الأحوال، بل حسب خطوط الضعف والقوة التي حدثت عند تكوينه، وهي خاصة بكل جسم، وهذه الخطوط تبقى خفية حتى ينكسر البلور، أو يوضع تحت جهاز خاص وبالنسبة لبنية الشخصية فهي تسلك نفس المدرج". (معتصم ميموني، 8002. ص 23)

1- تعريف البنية:

يعرف بارجوري البنية على أنها مقصورة على العناصر الأساسية للشخصية، على الطريقة التي يتم بها تنظيم هذه الشخصية في المستوى العميق والأساسي (من خلال المكونات والعناصر الميتاسيكولوجية المذكورة في الطبوغرافية الأولى والثانية للفرويد). ينظر إلى بنية الشخصية من ناحية، كأساس مثالي للترتيب المستقر لعناصر الاضطراب النفسي المستمرة والضرورية في موضوع مافي حالة مرضية أم لا، تتكون البنية من خلال هذه المكونات الميتاسيكولوجية العميقة والأساسية للشخصية الثابتة في جتمع مستقر ونهائي (Bergeret.15، 2006)،

2- مفهوم البنية بين العادي والمرضي:

يرى بارجوري أن مفهوم العادي أو السوي يتمثل في الحفاظ على مفهوم "الحالة الطبيعية" والتي تتميز بحالة من السعادة أو الكفاءة الوظيفية السليمة داخل بنية ثابتة سواء كانت عصابية أو ذهانية، في حين أن المرضي يتوافق مع انكسار أو انهيار توازن داخل نفس خط البنية فربط بارجوري بين مسألة السواء واللاسواء بمفهوم البنية، مركزا على فكرة هشاشة الخط الفاصل بينهما إذ أن الفرد السوي يمكن أن يصبح في أي لحظة لا سويا أو يفقد التوازن) يتعطل، ينكسر) دون أن يناقش وضعه أو سلوكه السوي السابق، بشرط ألا يتعلق الأمر بتنظيم اتكالي. (نفس المرجع ص 20)

لذا وضع بارجوري ثلاث بنيات أساسية في الشخصية، البنية العصابية والبنية الذهانية، كما ترك مجال بين البنيتين لكيانات إكلينيكية أخرى، التي تتميز بتنظيم أقل صلابة والتي لا يمكنها تكوين بنية أصلية، والتي تقع بين العصاب والذهان وأطلق عليها البنية الحدية، ويمكن تحديد هذه البنيات الثلاثة وفقا لأربعة عوامل:

أ- طبيعة القلق الكامن

ب- وضع العلاقة بالموضوع

ج- آليات الدفاع الرئيسية

د- الطريقة المعتادة للتعبير عن الأعراض

3- تكوين وتطور بنية الشخصية:

يرى بارجوري يف هذا المجال أن تكوين وتطور بنية الشخصية تمر بثلاث مراحل أساسية نذكرها كالتالي:

*في المرحلة الأولى: تبدأ هذه المرحلة من الحالات الأولية لذات الطفل وفي مرحلة عدم التمييز الجسدية والنفسية، ثم تتطور، شيئا فشيئا حيث يحدث التمايز بشكل تدريجي حتى يتم تمييز الذات عن غيرها من الذوات في هذه الحالة الأولية تحتفظ الأنا لفترة طويلة بمرونة معينة مع تأثيرات خارجية نرجسية.

*في المرحلة الثانية: يتطور البيدو ويتقدم في سيرورته، وتتطور العلاقات بالموضوع مع تنظيم الدوافع الجزئية، والأنا يتطور ويستعين بالآليات الدفاعية، وذلك حسب المحيط الخارجي وأخطاره، وأخطار داخلية ناجمة عن النزوات مما يسمح بتكوين تدريجي للشخصية، وهنا يتطور اليبيدو ويتقدم تبعا لـ:

- العلاقات مع الوالدين، وخصوصا الأم ثم العلاقات مع أفراد المحيط
- تسقط كل التجارب النفسية على شكل صراعات وصدّات وتقمصات إيجابية.
- تبدأ ميكانيزمات الدفاع النفسي تنتظم بطريقة تفاعلية (ميموني معتصم، 2008 ص 57)
- تنتظم تدريجيا نفسية الفرد، وتصنف حسب العناصر الأولية، فتنتج منظمة داخلية ذات خطوط انشطار وتلاحم والتي تكون غير قابلة للتغيير فيما بعد. (نفس المرجع، ص 57)

*في المرحلة الثالثة: مع نهاية مرحلة البلوغ تكون البنية ثابتة ولا تتغير في توجهها الأساسي، وما دام صاحبها لم يتعرض إلى صدمات نفسية هامة (إحباط أساسي أو صراعات قوية.... إلخ، فيبقى ذا بنية عصابية أو ذهانية سوية، ولكن يمكن لأي حدث أن يحدث شرخا في البنية، وذلك حسب خطوط القوة والضعف الموجودة فيها.

فالبنية العصابية يتمركز الصراع فيها ما بين الأنا والنزوات، أما البنية الذهانية فيقتصر ثباتها على سيطرة الإنكار على جزء من الواقع مع سيطرت الدفاعات القديمة، وتوجد ما بين هاتين البنيتين، ما يعرف بالتنظيمات الحدية أو البينية، وتضم الأمراض السيكوسوماتية، السيكوباتية والانحرافات وتظهر هذه الحالات كمنظمة هشة أي تنظيمات قابلة للتغير، وليس كبنية ثابتة لأنها يمكن أن تطور إلى مسار الذهان أو العصاب). نفس المرجع ص (57).

4- مكونات بنية الشخصية:

مكونات بنية الشخصية تتحدد المكونات الميثاسيكولوجية الأساسية لبنية الشخصية حسب ما تشير إليه بخمسة أبعاد، ويكون التشخيص على أساس هذه المكونات: بدرة معتصم ميموني، 2005، ص 58) في (ميسوم) ليلي: 2013/2014)

4-1- مستوى النكوص والتثبيت:

أ- البنية الذهانية: النكوص لا يتعدى المرحلة الشرجية الأولى، والأنا ينتكص إلى مرحلة عدم التمايز أو التمايز الأولي مما يجعله ضعيفا، فهو لا يلعب دور وسيط فيقع تحت سيطرة الهو.

ب- البنية العصابية يرجع النكوص الليبيدي إلى الفترة الثانية من المرحلة الشرجية وإلى المرحلة الأوديبية أو القضيبية فالأنا تتمايز كليا مع تمايز الموضوع.

ج- البنية الحدية: يرجع النكوص إلى المرحلة ما بين الشرجية الأولى والثانية والقضيبية الأوديبية لم تلعب دورها التنظيمي، الأنا تتمايز لكل مازال اتكاليا، وتلعب الصدمة دورها من حيث تهديدها للكيان النرجسي مما يؤدي إلى تبعية واتكالية للموضوع. (نفس المرجع ص28)

4-2- نوع القلق:

أ- البنية الذهانية: قلق التجزؤ والتفكك واليأس والتلاشي والموت، لأن الأنا تفكك وانشطر كانت وحدة الأنا متماسكة.

ب- البنية العصابية يظهر كل من قلق الاختصاص وقلق الإثم والخطأ.

ج- البنية الحدية هو قلق فقدان الموضوع المحبوب (الأم) ولا انهيار (نفس المرجع ص 28 بعدما).

4-3- العلاقة بالموضوع.

أ- البنية الذهانية: نجد علاقة نرجسية كاملة مدمجة يف نرجسية الموضوع المحبوب (الأم) وتؤدي إلى التوحد والانطواء والتخلي عن الموضوع، وتوظيف الواقع مع تكوين واقع جديد تساهمي من خلال الهذيانات والهلاوس.

ب- البنية العصابية: علاقة ثلاثية تناسلية: "طفل أب أم"

ج- البنية الحدية: علاقة ثنائية اتكالية "طفل أم" وليست اندماجية.

4-4- طبيعة الصراع:

أ- البنية الذهانية يكون الصراع بني اهلو والواقع، وال يكون بني ألنا والواقع ألن أنا الذهائين مدمج يف الواقع وبدائي، وال يقوى على دور الوسيط بني الواقع واهلو الذي يرفض سيطرته.

ب- البنية العصابية يكون الصراع الليبيدي بين الأنا الأعلى والدوافع "الرغبات والنزوات، مما يؤدي إلى الشعور بالذنب وقلل الإخضاء.

ج- البنية الحدية: يكون الصراع بين الأنا المثالي والهو، والذي لم يبلغ المستوى التناسلي، ويصبح الصراع ذو طابع نرجسي

5- الآليات الدفاعية الأساسية:

أ- البنية الذهانية: نفي الواقع مع ازدواج الأنا

ب- البنية العصابية: الكبت والتحويل

ج- البنية الحدية: ازدواج الصورة الهوامية وهو الدفاع ضد تهديد التجزؤ، الانشطار أو التفكك. (نفس المرجع ص 58).

6- البنيات الأساسية:

6-1- البنية الذهانية:

بعدما كان جزءا من عدم التمايز الجسدي والنفسي، تبدأ البنية الذهانية عند مستوى إحباطات مبكرة جدا التي تنشأ من القطب الأمومي. فالأنا الذي عانى من تثبيت خطير وما زال منغلق عليه، يعود بعد ذلك إلى هذا المستوى فيتم تنظيمه مسبقا بسرعة كبيرة في

المرحلة الأولى، فيمكن أن يحدث هذا فقط في الرحلة الشفوية أو على أبعد تقدير خلال الجزء الأول من المرحلة الشرجية، التي حددها أبراهام كمرحلة لرفض الشرج. أما في مرحلة الكمون فيحدث كمون متطور للبنية مما يؤدي إلى استقرارها وتوقف نموها (56-57: Bergeret 2006).

في مرحلة المراهقة التي تلي ذلك يفترض بارجوري إمكانات تطور شكل بنيوي متعدد، ففي الواقع، يمكن إعادة وضع كل شيء موضع تساؤل في هذه المرحلة المهمة بشكل خاص في تطور الفرد العاطفي. في هذه الفترة، سيظل لدى الشخص فرصة ضئيلة لأن يترك محور تطور أنه ويترك الخط الذهاني الذي يعتبر غير ثابتاً، تماماً ويثبت تطور سياقه ضمن بنية عصابية، ففي هذه المرحلة الحاسمة وفي حالة الانكسار المرضي تؤدي فقط إلى العصاب الكلاسيكي: الوسواس أو الهستيريا (نفس المرجع ص 25)

تتوافق البنية الذهانية مع فشل التنظيم النرجسي الأساسي للحظات الأولى من الحياة، ولم يحقق الأنا الأعلى دوراً أساسياً في التنظيم أو التضارب كما أن الأنا لم يكتمل من البداية هو مجزأ سواء كانت هذه التجزئة ظاهرة أو بقيت الأجزاء إذا لم يكن هناك انكسار ملتحمة معاً ما دامت "البلورة سليمة". الفشل النرجسي الأولي يؤدي إلى موقف توحدي أكثر أو أقل جذرية اعتماداً على درجة النكوص والتثبيت. القلق العميق لا يركز على الإخفاء التناسلي ولا على فقدان الموضوع، ولكن على التفكك والدمار والموت لا ينجم الصراع الأساسي عن الأنا الأعلى ولا عن الأنا بل عن الواقع في مواجهة احتياجات الغريزية الأساسية، مما يؤدي إلى إنكار جميع أجزاء هذه الحقيقة التي أصبحت مزعجة للغاية، في الحالة الهذيان يتم رفض أجزاء كبيرة جداً من الواقع، فيصبح الحفاظ على الحياة أمر حياة جديدة مفيد على الرغم من شذوذها. فكلما زاد تهديد البنية الذهانية بالاعتدال كلما سادت احتياطات العملية الأولية فيه على التي تديرها العمليات الثانوية. (نفس المرجع ص 25).

آليات الدفاع الذهاني الرئيسية المستخدمة هي: الإسقاط، وتفكك الأنا داخل الأنا وليس فقط تفكك صورة العلاقة بالموضوع، وإنكار الواقع، كل هذه الآليات تساهم في ولادة ظواهر نفي الذات، أو ازدواجية الشخصية، أو حتى نفي الواقع البسيطة (نفس المرجع ص 70) .

6-2- البنية العصابية:

في البنية العصابية ينمو الطفل في كل من المرحلة الفمية والشرجية دون وجود أي صعوبات تذكر وبشكل عادي، لكن يظهر التثبيت في المرحلة القضيبية خاصة في عقدة أوديب وحل الصراع الأوديبي، فيحدث التثبيت من نهاية المرحلة الشرجية إلى بداية المرحلة القضيبية ويحدث النكوص إليها (نفس المرجع ص 70).

إذا تجلت النزاعات الداخلية والخارجية بشدة في مرحلة المراهقة فقد تتدهور الأنا، مما يؤدي إلى طرح الأسئلة خطيرة ودائمة حول الواقع، فيمكن للفرد أن يخرج عن الخط العصابي إلى الخط الذهاني مما يؤدي إلى بناء الوضع الذهاني الذي يؤدي إلى الدهان لا يمكن أن تتعدد وتختلف التنظيمات البنائية العصابية بعد فترة المراهقة، وبالتالي يمكن أن يظهر فقط عصاب الوسواس أو الهستيريا القلق) أو (التحويل) المتوافق مع البنيتين الوحيدتين اللتان يمكن العثور عليهما داخل هذا الخط البنية الوسواسية والبنية الهستيرية.

لا يظهر الأنا الأعلى بشكل فعال إلا بعد مرحلة أوديب، فالصراع العصابي يكون بين الأنا الأعلى والغرائز الجنسية، فالقلق موازي لتهديد عقدة الإخصاء تتحقق العلاقة بالموضوع العصابي في وضعية تناسلية، ويحتفظ الموضوع بموضع قريب وهو موجود على هذا النحو ويتم البحث عنه في هذا الاتجاه. (نفس المرجع ص 70)

6-3- البنية الحدية:

وهو الوسيط بين العصاب والدهان، إنه مرض النرجسية، والاعتماد على الآخرين، وخطر الاكتئاب. هناك شكلان للأنا عدم اكتمال البناء للأنا وبشكل نهائي، كما أن الفرد لديه حاجة عاطفية تجذبه، تجعل الأنا نفسها متاحة وقابلة لتكيف فالأفراد. يقاومون بشدة الإحباط، نرجسيتهم غير ثابتة ويبحثون عن الحاجة إلى التفاهم والاحترام والمودة والدعم.

فتكون الصدمات في كل من المرحلة تكوين للخطوط العصابية والذهانية، وتمس بشكل واضح التنظيمات النرجسية للفرد، فتحدث كل من الاحباطات والصدمات في المرحلة الأولى ما قبل الذهانية والمرحلة الأوديبية تأخذ هذه الصدمات والاحباطات طابع انفعالي حاد وشديد بحيث تحدث نوبة انفعالية أو غريزة شديدة وعنيفة، فيصبح الأنا غير مكتمل وغير ناضج من حيث التجهيز والآليات الدفاعية وغير متمكن من إحداث التوازن (التكيف).

هنا تحدث حالة من الكمون المبكر وبشكل سابق للكمون العادي، فيكون مسؤول عن تنظيم مراحل اللاحقة، خاصة عند الأزمات والنوبات الانفعالية في المراهقة، كما أن هناك خطوط تنظيمية مشتركة أي أن الخطوط التنظيمية للبنية الحدية تقع بين الخطوط التنظيمية العصابية والذهانية مما يجعل الأنا غير ثابتة ومستقرة (نفس المرجع ص 70).

ثانياً - الغريزة:

بصفة عامة يعني المصطلح الميل الفطري لكل كائن من فصيلة معينة (حيوان، انسان) إلى التصرف بالطريقة نفسها بالنظر إلى نفس الموقف أو مجموعة من المثيرات، فلا يعتبر السلوك غريزياً إلا إذا حدث بنفس الشكل في جميع أعضاء النوع توفر الحيوانات أفضل الأمثلة على السلوك الغريزي: تقوم الطيور بشكل طبيعي ببناء أعشاش دون أن تتعلم وتغذي وتحمي صغارها بالطريقة نفسها بالضبط.

على مر التاريخ تكهن المنظرون بدور الغريزة في تحديد السلوك البشري. في حين أنه من المقبول على نطاق واسع أن السلوك الحيواني يحكمه إلى حد كبير الميول الفطرية اللاواعية، فإن وجود قوة الغرائز لدى البشر كانت مصدراً للجدل. اعتقد منظرو المسيحية الأوائل أن الحيوانات فقط كانت تسترشد بالغرائز، مؤكداً أن عدم وجود سلوك يحكمه الغريزة ووجود مدونة أخلاقية وفر التمييز الرئيسي بين البشر والحيوانات. فأضحت الغريزة تولى مكاناً أكثر بروزاً في نظرية السلوك في السنوات اللاحقة خاصة في أواخر 1800، حيث اقترح وليام جيمس أن السلوك البشري يتحدد إلى حد كبير عن طريق الغريزة، وأن الناس لديهم خاصية أكثر غرائبية من الحيوانات الأقل تعقيداً. واعتقد جيمس أن بعض الغرائز

البيولوجية يتم مشاركتها مع الحيوانات، في حين أن الغرائز الاجتماعية للإنسان مثل التعاطف والحب والتواضع توفر أيضا قوى سلوكية قوية للإنسان. (بن) در بال مليكة ص26)

اعتبر سيغموند فرويد أن الغرائز هي لبنات البناء الأساسية للسلوك الإنساني وتلعب دوراً رئيسياً محركاً في نظريته، والتي تفترض أن السلوك البشري يحفزه الرغبة في تقليل التوتر الناتج عن حث الغرائز غير المحققة. على سبيل المثال، الناس يأكلون عندما يكونون جائعين لأن الجوع غير المشبع يسبب التوتر. بالنسبة لفرويد فإن غريزة الحياة (إيروس) ومكوناتها تحفز الناس على البقاء على قيد الحياة والتكاثر. غريزة الموت (ثاناتوس) تمثل قوى الطبيعة السلبية. وقد وصف ويليام ماكدوغال، المنظر الآخر، الغرائز ببساطة بأنها تصرفات وراثية". (نفس المرجع ص26) يستمر النقاش اليوم حول دور الغريزة في السلوك البشري، حيث أن التوازن بين السلوك المستفاد والمحلات الفطرية يظل موضوعاً ناضجاً لمواصلة البحث والمناقشة من المفيد ملاحظة الاستخدام غير العلمي للمصطلح غريزة في محادثة غير رسمية، قد يستخدم الشخص غريزة بمعنى "طبيعية" أو "تلقائية" في وصف غريزة لاعب البيسبول للقتال، على سبيل المثال. هذا الاستخدام للمصطلح لن يفي بمعايير العالم للغريزة (نفس المرجع ص 26)

* أما اصطلاحاً فنقصد بالغريزة: أن الغريزة عند الإنسان هي ما لديه من استعدادات فطرية تدفعه للقيام بسلوك خاص إذا ما أدرك نفسه في موقف أو مجال معين.

- أنواع الغريزة:

وضع ماك دوجل مجموعة من الغرائز نذكر منها:

غريزة الخلاص: وهي استعداد يستثار في الانسان إذا ما أدرك أنه فيخطر

غريزة القتال: وهو إذا أدركا لإنسان أنه أمام عائق يقف ضد رغباته، فيشعر بالغضب ويدفعه للتخلص منه.

غريزة التعاطف: وهي تستثار عند إدراك الضعف في الآخرين وحاجتهم إلى المساعدة. غريزة الاستطلاع: وذلك إذا وجد نفسه أمام موقف يهمه معلوم أو مجهولاً لأجزاء فينزع لاستطلاع.

كما هناك غريزة الطعام والشراب الجنس النفور، السيطرة الاستسلام، الخنوع التملك، الاجتماعية (نفس) المرجع ص (27).

ثالثاً - النزوة:

أول من أدخل مصطلح نزوة (Pulsion) إلى علم النفس هو فرويد وه ونقل وترجمة للكلمة الألمانية (Trib) وذلك للفرقة بين مصطلح غريزة (Instinct) ونزعة، فالأول يحمل في طياته معنى الاندفاعية مشيراً بذلك إلى الطابع القاهر للنزوة أكثر من الإشارة إلى ثبات الهدف والموضوع. فالكثير من المفكرين لا يفرق بين المصطلحين في حين أن فرويد يفرق وبوضوح بين المصطلحين، فعندما يتكلم عن الغريزة فإنه يفعل ذلك كي يصف سلوكاً حيوانياً مثبتاً بالوراثة ومتكيف مع الموضوع.

في عام 1905 استخدم فرويد مصطلح * النزوة * للتمييز بين النفسي والجسدي: هناك إثارة جسدية جنسية وما تبعته على مستوى النفسي التماثلات والهيام). فالأول دقيق وأنا في حين أن الثاني يمتد آثاره بمرور الوقت نفس المرجع ص (27).

1 - تعريف النزوة:

يعرفها لابلاش وبيانتليس إنها عملية دينامية تتمثل في اندفاعية شحنة) طاقوية، وعامل حركي) تنزع بالفرد نحو هدف معين تتبع النزوة، تبعاً لفرويد من إثارة جسدية حالة توتر)، ويتمثل هدفها في القضاء على حالة التوتر التي تسود على مستوى المصدر النزوة، ويمكن للنزوة أن تدرك هدفها هذا في الموضوع ذاته أو بفضله.

2- مكونات النزوة:

الدفع: يعني إثارة حركة النشاط النفسي والجسدي، فهي الدافعية التي تثير كل من الكيان النفسي والجسدي من خلال تنظيم كمي (اقتصادي) ينطلق من البعد الجسدي ليستقر في الكيان النفسي.

الهدف: للنزوة هدف معين وطويل المدى ويرتبط مع موضوعات أخرى مختلفة، الأساسي للنزوة هو إشباع حاجياتها ورغباتها، قصد توازن الجانب الطاقوي والاقتصادي. الإشباع: وذلك من خلال إخماد الإثارة وتخفيض الطاقة النفسية بعد ارتفاعها من خلال الرغبات والحاجيات قصد استقرار الجانب الطاقوي والاقتصادي.

الموضوع: الذي هو وسيلة تحقيق الإشباع ويكون متنوع ومختلف، فالموضوع يمكن أن يكون داخليا كما يمكن أن يكون خارجي، كما يمكن أن يكون واقعي أو هوامي.

العضو: وهو المصدر أو الجهاز الذي تصدر منه النزوة. (نفس المرجع ص 28)

3- أنواع النزوات:

أ- النزوة الجنسية: إنها اندفاعات داخلية يراها التحليل النفسي فاعلة في مجال أوسع بكثير من مجال النشاطات الجنسية بالمعنى الشائع للكلمة تحقق فيها بأجلي الصور وأكملها بعض خصائص النزوة التي تميزها عن الغريزة.

وبين التحليل النفسي أن النزوة الجنسية عند الإنسان وثيقة ارتباط بجملة من التصورات أو الهوامات، وهي تنظيم تحت صدارة النشاط التناسلي يفترض فرويد من وجهة نظر اقتصادية وجود طاقة وحيدة في تقلبات النزوة الجنسية هي الليبيدو. وأما من وجهة نظر دينامية فيرى فرويد في النزوة الجنسية قطبا ماثلا بالضرورة في الصراع النفسي: إذ أنها الموضوع المفضل للكبت في اللاوعي

ب- النزوة الجزئية: ندل بهذا المصطلح على العناصر الأخيرة التي يتوصل إليها التحليل النفسي في تحليله للجنسية، حيث يختص كل من هذه العناصر بمصدر معين من مثل النزوة الفمية، (الشرجية..)، وبهدف معين (من مثل النزوة النظر، السطوة). ولا يعني مصطلح

الجزئي فقط أن النزوات الجزئية هي أنواع تنتمي إلى فئة النزوات الجنسية في عموميتها، بل لا بد من تتأوله خصوصا بمعنى تكويني وبنائي: إذ تنشط النزوات الجزئية، بادئ ذي بدء،

مستقلة عن بعضها البعض، وتنزع من ثم إلى الاتحاد في موقف التنظيمات الليبيدية

ج- نزوات حفظ الذات يدل فرويد بهذا المصطلح على مجمل الحاجيات المرتبطة بالوظائف الجسدية الضرورية لحفظ حياة الفرد، ويشكل الجوع نموذجا الأول. تتعارض نزوات حفظ الذات، تبعا لفرويد وضمن إطار نظريته الأولى عن النزوات، مع النزوات الجنسية.

د- نزوات الأنا: حسب فرويد (1910-1915) وفي إطار النزوات الأولية يعتبر نزوات الأنا من النزوات النوعية التي تضع طاقتها في خدمة الأنا والحفاظ عليه من خلال الصراع الدفاعي وهي تدرج ضمن نزوات حفظ الذات وتتعارض مع النزوات الجنسية.

هـ- نزوات الحياة: إنها فئة كبرى من النزوات التي يضعها فرويد في نظريته الأخيرة. في مقابل نزوات الموت وهي تنزع إلى تكوين وحدات متزايدة في كبرها على الدوام وإلى الحفاظ عليها. ولا تقتصر نزوات الحياة التي يدل عليها بمصطلح الإيروس على تغطية النزوات الجنسية الفعلية وحدها بل هي تشمل أيضا نزوات حفظ الذات.

و- نزوات الموت: تدل في إطار آخر نظرية فرويدية حول النزوات، على فئة أساسية من النزوات التي تتعارض مع نزوات الحياة، والتي تنزع إلى الاختزال الكامل للتوتر، أي إلى رد الكائن الحي إلى الحالة اللاعضوية تتوجه نزوات الموت بادئ الأمر نحو الداخل وتنزع نحو تدمير الذاتي ثم تتوجه فيما بعد نحو الخارج، وتتجلى عندها على شكل نزوة العدوان أو نزوة التدمير. (نفس المرجع ص 28-29)

ز- نزوات التدمير يستخدم فرويد للدلالة على نزوات الموت منظورا هو أكثر قربا من التجربة البيولوجية والنفسانية يبلغ مدى استعماله أحيانا، نفس مدى مصطلح نزوة الموت، ولكنه يصفه على الأغلب نزوة الموت باعتبارها موجهة نحو العالم الخارجي، ويستخدم فرويد أيضا بهذا المعنى الأكثر تخصصا مصطلح: نزوة العدوان.

ح- نزوة السطوة: استعمل فرويد هذا المصطلح في بعض المناسبات، بدون إمكانية تقنين استعماله بدقة، ويقصد به نزوة غير جنسية، لا تتحد مع الجنسية إلا ثانويا وتتخذ من السيطرة على موضوع بالقوة هدفا لها.

المحاضرة الخامسة: العصاب وبعض الاضطرابات

العصابية

أولاً: العصاب

ثانياً: القلق

ثالثاً: الاكتئاب

رابعاً: الوسواس القهري

خامساً: الفوبيا

سادساً: الهستيريا

سابعاً: توهم المرض

مدخل:

ان الاضطراب النفسي يتميز بصراعات نفسية داخلية تجعل الفرد غير متوافق مع نفسه أو مع المجتمع، وتجعله يبدو على درجة ملحوظة من الاضطراب في حياته الانفعالية فيتميز بسرعة الهياج احيانا أو الخوف الشديد والشك والغيرة، أو الشعور بالاضطهاد أو الشعور بالنقص والشعور بالذنب الى غير ذلك من الاعراض، فالمريض النفسي غالبا ما يكون غير متوافق مع نفسه ويستنفد قدرا كبيرا من طاقته وحيويته في نفسه أو مع المجتمع، ولذلك فانه يبدو مجتهدا نفسيا وجسميا، عاجز عن المثابرة الصراع مع والانجاز وبذل الجهد كما ان توازنه يختل في الازمات والشدائد، وعلاقته الاجتماعية تتصف اما بالعنف الشديد والاحتكاك والنزوع الى السيطرة على الغير، أو بالرغبة في استرداد العطف عليه، أو بالمبالغة في الاعتماد على الغير.

أولاً: العصاب

1- تعريف العصاب

يعرفه عبد السلام زهران على انه اضطراب وظيفي في الشخصية بين العادي وبين الذهاني وهو حالة مرضية تجعل حياة الشخص اقل سعادة ويعتبره البعض صورة مخففة من الذهان واعراض العصاب تمثل رد فعل الشخصية امام وضع لا تجد له حلاً بأسلوب اخر، أي انه يمثل المظهر الخارجي للصراع والتوتر النفسي والخلل الجزئي في الشخصية. كما يعرفه بيار داکو انه مرض نفسي دون سبب تشريحي، معروف، كما انه مرض وظيفي من دون ضرر عضوي.

ويعرفه لابلانز وبونتاليس انه إصابة نفسية المنشأ تكون فيها الاعراض تعبيراً رمزياً عن صراع نفسي يستمد جذوره من التاريخ الطفلي للشخص ويشكل تسوية بين الرغبة والدافع. (ملیكة 2019، ص48)

2- نشأة العصاب

وضع المصطلح لأول مرة على يد الاسكتلندي ويليام كولن للدلالة على أمراض الجهاز العصبي ذات الأصول العضوية، فكانت الهستيريا مثلاً اضطراب عصابي ذات اصل عضوي المنشأ وهو الرحم والمبيض.

وفي حين ان فرويد بدلاً عن هذا المفهوم وضع نظرية ترى ان العصاب هو عبارة عن امراض ذات منشأ نفسي، حيث انها ناشئة عن صراع نفسي يتم البحث عن اصله في التاريخ الطفولي للموضوع. فالاعراض الظاهرة هي نتيجة حل وسط بين الرغبة للاشعورية واليات الدفاع التي وضعتها الانا للتصدي والسماح بالتكيف مع الواقع الخارجي. وهذا الصراع بين الواقع النفسي الداخلي والواقع الاجتماعي هو مسند جديد وهناك ثلاث فئات رئيسية من العصاب الهستيريا، عصاب الوسواس والعصاب الرهابي.

يسلط فرويد في أواخر تسعينيات القرن التاسع عشر الضوء على الالية النفسية لهذه الاضطرابات وهي اضطراب النشاط الجنسي أو خلل وظيفي حالي فيما يقترح تسميته

بالعصاب الحالي اضطرابات مرتبطة، على سبيل المثال، الامتناع عن ممارسة الجنس من الصعب تحمله)؛ والعصاب النفسي المتعلق بالصراع النفسي الطفلي) في جميع الحالات يعد الدفاع ضد القلق الية مركزية، يعتبر فرويد ان العصاب اقل خطرا من الذهان، وحتى انه كطريقة طبيعية لأننا نواجه جميعا صعوبة في مطابقة المطالب الغريزية والواقع الاجتماعي. (نفس المرجع السابق، ص 49)

3- أسباب العصاب:

على العموم فمن أهم أسباب العصاب مشكلات الحياة منذ الطفولة واثناء الرشد وحتى الشيخوخة، وخاصة المشكلات والصدمات التي تعمقت جذورها منذ الطفولة المبكرة بسبب اضطراب العلاقات بين الوالدين والطفل والحرمان والخوف والعدوان وعدم حل هذه المشكلات. وطبيعي ان الحل العصابي لهذه المشكلات حل خاطئ وأسلوب توافقي فاشل. وكذلك يلعب الصراع) بين الدوافع الشعورية واللاشعورية والحاجات والرغبات المتعارضة) والإحباط والكبت الداخلي وضعف دفاعات الشخصية ضد الصراعات المختلفة دورا هاما في احداث العصاب. وتؤدي البيئة الاسرية العصابية والعدوى النفسية الى العصاب (التعلم العصابي). وكذلك فان الحساسية الزائدة تجعل الفرد اكثر قابلية للعصاب. حيث يرى فرويد ان العصاب يرجع الى عوامل بيولوجية، وان القلق هو لب العصاب ومحوره، وان عقدة أوديب والمرحلة القضيبية هي نواته، ولا عصاب دون استعداد عصابي طفلي يقول كارل "يونج" ان العصاب هو محاولة غير ناضجة لتوافق مع الواقع، وان الذكريات المكبوتة في اللاشعور لها دور هام في تكوين العصاب. ويقول "الفرد ادلر ان نشأة العصاب أساسها خطأ الفرد في ادراك وتفسير بيئته، واتخاذ أسلوب حياة يصعب عن طريقه تعويض الشعور بالنقص ولا يحقق هدف الحياة، وركز على أهمية البحث في خبرات الطفولة وخاصة الاضطرابات الاسرية.

اما "كارين هورني فعلى الرغم من اتفاقها مع اتجاهات التحليل النفسي في كون القلق هو العصاب، الا انها تزيد على ذلك عنما تنتظر للسلوك العصابي على انه تشكل نتيجة

التنظيم الديناميكي لمختلف مكونات الشخصية، فهي ترى ان كل سلوك يجب ان ينظر اليه من مختلف ابعاده الاجتماعية والانثربولوجية وغيرها. وقد حددت ثلاث اتجاهات عصبية: أولها التوجه نحو الناس، والثاني ضد الناس والثالث بعيدا عن الناس، وترى ان القلق هو أساس العصاب، وان العصابي شخص جامد غير مرن في سلوكه، عبد لاتجاهه العصابي، يعكس قلقه على العالم الخارجي. (حامد عبد السلام، 2005، ص 482481)

4- اعراض العصاب

يشمل العصاب عددا من الاشكال العيادية المختلفة التي يجمع بينها جميعا عناصر مشتركة واعراض عامة تؤدي الى عدم السعادة وعدم الكفاية واضطراب العلاقات الشخصية. وعادة يوجد مكاسب ثانوية مرتبطة بالاعراض. وفيما يلي اهم الاعراض العصابية القلق الظاهر أو الخفي والخوف والشعور بعدم الأمن، وزيادة الحساسية والتوتر والتهيج والمبالغة في ردود الفعل السلوكية وعدم النضج الانفعالي والاعتماد على الآخرين ومحاولة جذب انتباههم والاستجابة الطفلية في المواقف المحبطة

. اضطراب التفكير والفهم بدرجة بسيطة، وعدم القدرة على الأداء الوظيفي الكامل، ونقص الإنجاز وعدم القدرة على استغلال الطاقات الى الحد الأقصى ومن ثم عدم القدرة على تحقيق

- اهداف الحياة.

• الجمود والسلوك التكراري وقصور الحيل الدفاعية والأساليب التوافقية والسلوك ذو الدافع اللاشعوري.

*التمركز حول الذات والانانية واضطراب العلاقات الشخصية الاجتماعية.

• بعض الاضطرابات الجسمية المصاحبة للاعراض النفسية. (مليكه 2019، ص 51)

5- الاشكال العيادية للعصاب:

عصاب القلق: اصبح عصاب القلق الان من بين اضطرابات القلق واصبح يدعى بالقلق المعمم، وهو حالة توتر شاملة ومستمرة نتيجة توقع تهديد خطر فعلي أو رمزي قد يحدث،

وتكون غامضة الى حد ما، ومصاحبة مع اعراض جسدية. يعد " الهم " احد الخصائص الرئيسية لاضطراب القلق. فالافراد المصابون باضطراب القلق مهمومون باستمرار حيال أشياء تافهة في كثير من الأحيان. وكلمة "الهم" تشير الى النزعة المعرفية الى التفكير في وعدم القدرة على نسيانها وكثيرا ما يستمر الهم لان الفرد لا يستطيع إيجاد حل للمشكلة ان معظم الأفراد يشعرون بالهم من وقت لآخر، الا ان هموم المصابين باضطراب القلق كثرة جدا، ولا يمكنهم السيطرة عليها وتدوم طويلا. عصاب الرهاب هو مجموعة من الخوفات المتنوعة التي أصبحت الآن عبارة عن تصنيفات مرضية للجدأول العيادية (الرهاب المحدد، رهاب الأماكن المفتوحة، القلق الاجتماعي). والرهاب هو خوف لا مبرر له يرجع الى وجود شيء أو موضوع محدد أو التواجد في موقف محدد من بين الأمثلة على حالات الرهاب الخوف من الأماكن المغلقة المواقف الاجتماعية، الطيران، الثعابين المرتفعات. ويعترف الفرد بالخوف المفرط ولكنه لا يزال يبذل جهدا كبيرا في تجنب الأشياء أو المواقف التي يخشاها. وتتكون الأسماء العلمية لهذه المخاوف من كلمة. اضطراب الهلع يتميز اضطراب الهلع بنوبات متكررة من هلع لا ترتبط بمواقف محددة والقلق حيال الإصابة بالمزيد من نوبات الهلع ونوبة الهلع عبارة عن نوبة مفاجئة من التوجس الشديد والرعب والشعور بقرب الاجل تصاحبها اعراض مثل صعوبة التنفس، وخفقات القلب، والغثيان والام الصدر والشعور بالاختناق الناتجة عن انسداد الحلق الدوار العرق، والارتعاش وانسداد وجفاف الفم والانف. ومن بين الاعراض الأخرى التي يمكن ظهورها خلال نوبة الهلع وتبدد الشخصية وهو إحساس الفرد بأنه خارج جسده، وتبدد الواقع وهو إحساس الفرد بأن العالم غير حقيقي، والمخاوف من فقد السيطرة على النفس ومن الجنون أو حتى من الموت وليس من قبيل المفاجئة شعور المصابين بالرغبة الملحة في الهرب من أي موقف يكونون فيه عند ظهور نوبة الهلع. وعادة ما تظهر الاعراض بسرعة كبيرة وتصل الى ذروتها في خلال عشر دقائق الوسواس القهري: يتميز اضطراب الوسواس القهري بوسواس أو أفعال قهرية، وبطبيعة الحال فان كثيرا ما انتابه أفكار غير مطلوبة من وقت لآخر، مثل جلجلة احد الإعلانات التي

تتعلق بذهننا. كما ان الكثير من تتابه الحاجات بين الحين والآخر لتصريفها بطرق مبركة أو خطرة، ولكن القليل منا تتابه أفكار أو الحاجات راسخة ومتطفلة تكفي لتأهيلنا لتشخيص اضطراب الوسواس القهري.

الإرهاق العصبي: الانهاك العصبي هو نقص في القوة، وينجم عنه تعب شديد من النهوض الصباحي وصعوبة في العمل ويظهر صعوبة في النشاط والخمول ونقص الطاقة الحيوية للفرد. كما يكون من المستحيل على الشخص ان يركز انتباهه ويشعر بفراغ في الرأس. نجد في الإرهاق النفسي الكثير من علامات الكآبة التي تختلط معها غالبا. ومن أكثر الأسباب شيوعا للإرهاق العصبي هو العمل المفرط والاجهاد في الوسط الاجتماعي أو العائلي المتعب جسديا ونفسيا الهستيريا تعتبر الهستيريا من بين الاضطرابات النفسية التحويلية، كما تعتبر واحدة من اكثر الامراض النفسية المثيرة للجدل. فتاريخ الهستيريا يندمج مع تاريخ الطب. في عام 400 قبل الميلاد، يعتقد أبقرات ان اعراض الهستيريا ترجع الى التنقل الرحمي عبر الجسم الى الدماغ. اما جالينوس في عام 200 قبل الميلاد يثبت ان الهستيريا اضطراب يحدث لدى البشر نتيجة خلط بين الأسباب والنتائج الجنسية للهستيريا يندمج حتى القرن التاسع عشر حيث حاول شاركو تطبيق النموذج العصبي على الهستيريا دون نجاح لكنه لاحظ على ان الحالة التي تعاني من الاضطراب حساسة للتتويم (مليقة 2019، ص 51-54)

6- الفرق بين العصاب والامراض العصابية:

العصاب ليس له علاقة بالأعصاب، وهو لا يتضمن أي نوع من الاضطرابات التشريحية أو الفيزيولوجية للجهاز العصبي. وهناك فرق بين العصاب والمرض العصبي حيث ان المرض العصبي اضطراب جسمي ينشأ عن تلف عضوي يصيب الجهاز العصبي مثل الشلل النصفي والصرع، ومن ثم يفضل استخدام مصطلح العصاب النفسي، لان العصاب هو اضطراب وظيفي دينامي انفعالي نفسي المنشأ يظهر ف الاعراض العصابية ولا اصل للجانب العضوي فيه. (حامد عبد السلام 2005 480)

7- علاج العصاب

يجب ان يهدف علاج العصاب الى شفاء الفرد من العصاب أولا وإعادة تنظيم الشخصية كهدف طويل الأمد. اهم طرق علاج العصاب العلاج النفسي وهو العلاج الفعال ويأتي على رأس قائمة التحليل النفسي، والعلاج النفي التدعيمي، والعلاج النفسي المركز حول العميل، والعلاج السلوكي، والعلاج الأساسي هو حل مشكلات المريض. العلاج النفس الجماعي والعلاج الاجتماعي وعلاج النقل البيئي علاج الطبي بالأدوية خاصة المهدئات باستخدام الانسولين وصدمات الكهرباء). (سهام، ص (42)

ثانيا - القلق:

1- تعريف القلق:

يعرفه ايزاك ماكس القلق هو الانفعال الذي نشعر به عندما نجد أنفسنا محاصرين في ركن ضيق، إننا نشعر حينئذ بأننا مهددون على الرغم من أن مصدر التهديد قد لا يكون دائما واضحا لنا. إن الشعور بالخطر مرتبط بالشعور بالخوف والانفعالات المماثلة. (ماكس 1978، ص31)

يعرفه صموئيل حبيب على أنه: حالة وجدانية تتملك الانسان ترتبط بشيء غير واضح كما قد يكون موجود أو غير واضح، تسبب له كثيرا من الكدر والضيق والالام. فالقلق يصور حالة كدر وهم تسيطر على صاحبها بسبب مخاوف قادمة، قد تكون قائمة أو قد تكون غير موجود.

كما يعرفه robin على أنه حالة انفعالية تتميز بزيادة نشاط الجهاز العصبي الذاتي وعلى وجه التحديد تفعيلا لجهاز العصبي الودي زيادة معدل ضربات القلب وضغط الدم والتنفس

وشد العضلات. مصحوبة بمشاعر ذاتية من التوتر ومعرفة التي تنطوي على الكدر وانشغال البال لهم على الرغم من أن التجربة الذاتية للقلق لا يصاحبها بالضرورة سلوكيات

معينة، إلا أن المؤشرات السلوكية غالبا موجودة. مثل ضعف الكلام، وتجنب الموضوع أو الحدث، الشلل، أو الرعاش التي يمكن ملاحظتها. (مليقة 2019، ص 32)

ونستنتج من خلال عرضنا لهذه التعاريف أنه بالرغم من اختلاف الباحثين في تعريف القلق وتنوع تفسيراته له إلا أنهم اتفقوا على أن القلق هو نقطة بداية الاضطرابات النفسية والسلوكية وله تأثير على صحة الفرد وإنتاجيته سواء من الناحية الجسمية أو النفسية.

2- أنواع القلق:

بغية التوصل إلى فهم أوسع قام علماء النفس بتقسيم القلق إلى عدة أنواع فمنه ممن قسمها إلى ثلاث أنواع حسب مصدر القلق متعمدين بذلك على طروحات عالم النفس فرويد ومنهم من قسمه إلى نوعين حسب ديمومته. ففي الحالة الأول ويتم التمييز بين القلق الموضوعي والقلق العصابي والقلق الأخلاقي وفي الحالة الثانية يتم التمييز بين قلق الحالة وقلق السمة كما تطرقنا لها من قبل، ونذكر فيما يلي أنواع القلق الثلاثة:

القلق الموضوعي: القلق الموضوعي هو رد فعل لخطر خارجي معروف كقلق الطالب قبل دخوله الامتحان أو قلقه قبل ظهور النتائج، أو قلق الرياضي قبل دخول المباراة المهمة أو قلقه قبل ظهور نتائج التأهيل للمشاركة في بطولة عالمية، إن هذا النوع من القلق يتصف بكونه حالة مؤقتة تزول عند زوال المؤثر وهنا يمكن استخدام مصطلحي الخوف والقلق بشكل متبادل لأنهما يعبران عن الظاهرة والأعراض نفسها.

القلق العصابي: القلق العصابي هو رد فعل غريزي مصدره غامض وأسبابه غير معروفة ويمكن غالبا في الجانب الغريزي للفرد إن هذا النوع من القلق يشكل حالة مرضية تعيق الفرد عن ممارسة حياته الطبيعية وتتصف بدرجة من الديمومة التي تؤدي أحيانا إلى ظهور بعض الأعراض الجسمية يسببها القلق. فمشكلة الشخص المصاب بهذا النوع من القلق هو البحث عن مصدر هذا القلق كونه يرجع عادةً إلى سنين سابقة تكمن في مرحلة الطفولة.

القلق الأخلاقي: يختلف هذا النوع من القلق عن النوعين السابقين فيكون هو يكمن في (الأنأ الأعلى)، أي في الضمير. إذ أن هذا النوع من القلق يسببه الإنسان نتيجة الشعور بالإثم أو

الخلل من فعل سلوك معين يتقاطع مع ذلك. فالفرد الذي يسلك سلوكا لا يقبله المجتمع يعيش حالة من الصراع مع نفسه خشية اكتشاف نفسه مما يؤدي إلى القلق وهذا ما يسمى بحساب الضمير مثلها مثل المواطن الذي يخون وطنه نزار) الطالب وكمال لويس 2000، ص250 (206)

3- مستويات القلق.

ليس من الغريب أن نقول بأن القلق، يقترن بالحياة. فأينما وجدت الحياة وجد القلق ويختلف نوع القلق من مرحلة إلى أخرى من مراحل العمر، كذلك مستويات القلق وتأثيره وعلى الرغم من عدم وجود فاصل بين درجات القلق المختلفة يمكن تقسيم مستويات القلق إلى ثلاثة أقسام هي:

• **المستوى الواطئ:** إن درجة معينة من القلق تعد. ضرورة تساعد في الاستعداد لمجابهة متطلبات الحياة. لذا فإن مستوى واطئاً من القلق يعمل عمل الدافع أو الحافز أو العنصر المنشط للفرد وان قلق اللاعب قبل السباق سيدفعه إلى التمرين المستمر استعدادا لسباق وسيجعله متحفزا ومستعد لبذل الجهد على الوجه الأمثل لتحقيق الانجاز الأفضل وتجنب حالة عدم اللامبالاة، لذا المدرب نفسه مضطر في بعض الأحيان لشن الرياضيين - أي تحقيق درجة من القلق المناسب - ليهيئه لخوض المباراة خاصة عندما تحصل لديه القناعة بوجود نوع من عدم اللامبالاة أو عدم الاستعداد لخوضها إن هذا النوع من القلق المنخفض الذي يعمل عمل الدافع المنشط أحيانا) القلق المسير (أي القلق المفيد الذي يزيد استعداد الفرد لمجابهة الظروف الداخلية دون الحد من قدرته على السيطرة التامة على سلوكه.

• **المستوى المتوسط:** في بعض الأحيان يزداد مستوى القلق إلى الحد الذي يؤثر سلبا في الأداء. ففي هذا المستوى يفقد الرياضي جزءا من قدراته إذ يصبح أقلق على السيطرة ويفقد السلوك مرونته ويستوي الجمود بوجه عام على استجابات الفرد في مواقف مختلفة ويحتاج الفرد إلى المزيد من بذل الجهد للمحافظة على السلوك المناسب في مواقف الحياة المتعددة.

المستوى العالي: عندما يصل القلق إلى المستوى عالي تبدأ الإثارة السلبية واضحة في سلوك الرياضي وأدائه ويفقد الرياضي قدرته على التركيز وتكثر أخطائه ويتصف سلوكه بالعصبية الشديدة إن الرياضي ينتابه القلق العالي يتصف بالحركات القوية السريعة التي تفتقر إلى الإتقان كما أنه يبذل الطاقة العالية دون مبرر تؤدي إلى تعب مبكر.

وهناك دراسات أكدت أهمية مستوى القلق وتأثيره على الإنجاز، فأصحاب القلق العالي يكون إنجازهم منخفض الشعور هم بالمواقف الاختيارية بأن الآخرين ينظرون إليهم من زاوية شخصية من القول وليس لأداء ولهذا ينشغلون بهما أكثر من انشغالهم بأداء الاختبار فيضعف أدائهم ويحصلون على أداء منخفض محمد حسن علاوي، 1994، ص 277)

4- أعراض القلق:

تختلف أعراض القلق من شخص إلى آخر في وجد بعض الأمور يقلق منها أشخاص ولا يقلق منها آخرون وتختلف أعراض القلق حسب حدة الموقف ونوعه فإذا زاد القلق في الإنسان عن معدلها لطبيعي يجب أن ينتبه الشخص لنفسه ويقوم على علاج القلق قبل أن تزداد الأوضاع سوءا ويتعرف على علاج القلق بعد عرض أعراض القلق الجسدية والنفسية ونعرضها لكم بالتفصيل فيما يلي:

• **الأعراض الجسدية:** حيث يشعر الإنسان القلق فيها بالصداع والعصبية، وعدم التركيز في العمل أوامر يكلف به، مع الشعور بالارتباك، وسرعة ضربات القلب، ضيق في التنفس، مغص في البطن، وغصة في الحلق، وهذه الأعراض إذا لم تعالج ستؤدي إلى مضاعفاتها ويجب علاجها لأعراض لذلك يوصل الشخص إلى الإصابة بالروماتيزم والإصابة بالذبحة الصدرية مع إمكانية حدوث ارتفاع حاد في ضغط الدم.

• **اعراض نفسية:** فيشعر الشخص دائما بالاقتراب من الخطر والموت، ويعاني من مشاكل كثيرة في النوم فهو لا يستطيع النوم بشكل طبيعي ولا يقدر أن يفكر ويركز في حل أي مشكلة تواجهه، ويجد صعوبة كبيرة في التركيز ويشعر بالتعب من أقل مجهود قام به فيجب أن يهتم

بعلاج القلق لديه، ويقوم على متابعة الطبيب النفسي في علاج القلق حتى يسير طبيعيا في حياته. (عبد الستار، إبراهيم، 1994، ص61)

5- أسباب القلق

أ- أسباب وراثية: أثبتت الدراسات أن القلق ينتقل عبر الوراثة، حيث افترض أن هناك اضطرابا بيولوجيا أو كيميائيا يسبب المرض وقد أجريت دراسات إحصائية عندما انتشر الاضطراب.

بين أقارب المصابين من الناس ووجد أن احتمال الإصابة عند ذوي القرابة الوثيقة بإنسان مريض بالحالة أكبر من احتمال إصابة مما أن لا تربطهم صلة قرابة من المرضى، وأشارت دراسات التوائم إلى أن هناك ميلا أكبر لإصابة كل من التوأمين بمرض القلق لو كانا توأمين متماثلين أو توأمين متطابقين مما لو كانا توأمين غير متطابقين. (مصطفى نور يالقمش، 2007، 2006).

ب- أسباب نفسية: أثبتت الدراسات النفسية والإكلينيكية أن هناك أسباب نفسية تؤدي إلى ظهور القلق، فقد ينتج عن صراع نفسي وقد يكون نتيجة التهديدات، والخوف.

1) الصراع النفسي:

هناك ثلاثة أنواع من الصراعات التي تسبب القلق. صراع يتعلق بالميل أو رغبة في تحقيق هدفين مرغوبين من غير الممكن الجمع أو التوفيق بينهما وغالبا ما يكون اتخاذ القرار صعبا، ويؤدي أحيانا إلى إثارة القلق الرغبة في فعل شيء وعدم فعله في نفس الوقت، فعلى سبيل المثال، يمكن لشخص أن يدخل في صراع حول إنهاء علاقة رومانسية تبدو مسدودة، فمن شأن فسخ العلاقة أن يوفر مزيدا من الحرية والفرص، لكن يمكن أن يكون في نفس الوقت اختيارا أليما ومعذبا لكلا الطرفين. (جاسم محمد عبد الله، 2008، ص41).

(2) الخوف:

المخاوف يمكن أن تأتي استجابة لأوضاع متنوعة، فالناس يخافون من الفشل والمستقبل وتحقيق النجاح المرض الموت، والوحدة وعذاب الآخرة وأشياء أخرى حقيقية أو وهمية.

(3) تهديدات:

تلك التهديدات التي تأتي من خطر مدرك أو محسوس تهدد قيمة الفرد كالقلق من رفض هي الآخرين أو القلق من احتمال الرسوب في مادة دراسية (نفسا لمرجع السابق، 41) ث- مواقف الحياة الضاغطة:

- الضغوط الحضارية والثقافية والبيئة الحديثة
- مطالب المدينة المتغيرة (نحن نعيش في عصر القلق).
- البيئة القلقة المشبعة بعوامل الخوف ومواقف الضغط والوحدة، والحرمان وعدم الأمان (حنان عبد الحميد العناني، 2000، ص 12)
- ج- أسباب جسمية:

يقصد بها تعرض الفرد لبعض الأمراض المزمنة والحادة كالسرطان والداء السكري، الربو، والقلب، أيضا يمكن أن يحدث القلق بسبب عدم التوازن الغذائي، والخلل في الوظائف العصبية، وعوامل كيميائية داخل الجسم. جاسم محمد عبد الله محمد المرزوقي، 2008، ص51

6- النظريات المفسرة للقلق:

تعددة النظريات المفسرة للقلق وذلك بتعدد المدارس النفسية، باختلاف التوجهات النظرية للعلماء، فبينما يرى بعض العلماء ان القلق يرجع الى العوامل الوراثية، أسباب خارجية سلوكية متعلمة فان البعض الاخر يرى بانه راجع الى كتب الرغبات في اللاشعور.

أ- نظرية التحليل النفسي: يعتبر فرويد من بين المرجعات الأساسية لهذه النظرية، فقد اهتم بدراسة ظاهرة القلق من خلال ملاحظته العيادية على الحالات العصائبية التي كان يعالجها،

وميز فرويد بين نوعين من القلق، القلق الموضوعي والقلق العصابي كما هو معلوم، فان فرويد يمتاز بثنائياته في تفسيراته، وممر تفسير القلق لديه بمرحلتين نظرية فرويد الأولى في القلق: 1916-1917 فسر القلق على أساس منع الرغبة الجنسية من الاشباع، فتتحول الطاقة النفسية المرتبطة بالدافع الجنسي "الليبدو" الى القلق. نظرية فرويد الثانية 1936: فقد عدل فرويد من نظريته الأولى واكد ان جميع المخاوف المرضية في أساسها هي رغبة جنسية تم كبتها.

لاحظ فرويد ان القلق عبارة عن خوف غامض يختلف عن الخوف العادي الذي يكون مصدره خطراً خارجي معروف، ولذلك ميز فرويد بين نوعين من القلق: القلق الموضوعي والقلق العصابي هذا الأخير ينشأ عند الفرد دون ان يعرف له سبب محدود وهو يتسم بالغموض، وكان فرويد قد أشار في أول الامر ان القلق ينشأ عن كبت الرغبات الجنسية في اللاشعور على أساس علاقة القلق بالحرمان الجنسي، المخاوف المرضية والهستيريا والعصاب القهري، لكنه عدل عن ذلك في نظريته الثانية وطور فرويد خلال هذه النظرية بعض من اراءه المرتبطة بالقلق وذلك من خلال تعديل مفهوم العلاقات بين القلق الموضوعي والقلق العصابي، وقد استطاع ان يجد هذه العلاقة في اعتبار كل منهما رد فعل لحالات الخطر والقلق الموضوعي رد فعل للخطر الخارجي المعروف، اما القلق العصابي فهو رد فعل لخطر غريزي داخلي وبما ان الانا هو منشأ القلق بما تحركه من كمونات عقلية لمواجهة الغمر النزوي. وبهذا التصور عدل فرويد فيه عن رأيه وتبين له من خلال دراسات القلق العصابي بان القلق هو المسبب الحقيقي للكبت وليس العكس

ب- النظرية السلوكية: لا يهتم السلوكيين بالصراعات الداخلية، بل على عمليات التعلم، بل على ان القلق يرجع الى تعلم خاطئ كما ان توفر النموذج يعمل على تعزيز هذا القلق ويركز السلوكيين الأوئل على الاقتران بين المثير الشرطي والمثير الطبيعي، وتكتسب الاستجابة للقلق من المثير الشرطي، فالقلق هو نوع من أنواع السلوك العصابي المتعلم، ومن ثم يمكننا حفظه عن طريق التشريط المضاد.

ج- النظرية المعرفية: يعتبر النموذج المعرفي ان الخلل في التفكير الواقعي هو المكون الأساسي لظهور القلق، يرجع الى جوانب معرفية ومعتقدات مشوهة، وتتألف مظاهر الاضطراب الفكري حسب بيك في: أفكار متكررة عن الخطر ترتبط بإدراكات سلبية تتشكل عنها أفكار حول حدوث وقائع مؤذية نقص القدرة على صد الأفكار المخيفة غالبا ما يتعرف المريض بلا معقولية هذه الأفكار لكنه لا يمكن صدها ويحول العجز في قدرته على التقدير الموضوعي وإعادة التقييم.

• تعميم المثير، فيتسع مجال المنبهات المثيرة للقلق ويدرك كل صوت أو موقف. بوصفه خطرا (زهية 2015، ص 36-37).

ثالثا - الاكتئاب:

1- تعريف الاكتئاب

يعتبر الاكتئاب أحد الامراض النفسية التي يعاني منها العديد من الأفراد، ويتميز بالشعور بالإحباط والحزن الشديد.

ويفسر الباحثون مفهوم الاكتئاب على أنه حالة نفسية أو معنوية تتسم بمشاعر انكسار النفس وفقدان الامل والشعور بالكسل والاسترخاء والبلادة والشعور بعدم القيمة، وفي بعض الحالات قد يشعر بفقدان الشهية وبعدم القدرة على النوم.

ومعظم الافراد يصيبهم اكتئاب خفيف، استجابة للعديد من الاحداث الصادمة في حياتهم اليومية، بينما عدد اقل لديهم رد فعل اكتئابي شديد تجاه نفس هذه الاحداث، ويعتمد تشخيص الاكتئاب لدى الافراد أو قابليتهم للإصابة به على عوامل عديدة كالعوامل البيولوجية والوراثية والعوامل النفسية إضافة الى العوامل الخارجية (نوفل، 2016، ص 117). والاكتئاب هو حالة من الحزن العميق يحس فيها المريض بعدم الرضا وعدم القدرة على القيام بنشاطاته السابقة والشعور المستمر باليأس وصعوبة التركيز (مخالفية، 2015، ص 22).

2- أنواع الإكتئاب:

2-1- الإكتئاب الحاد:

يظهر المصاب أبطاً ذهنياً وحركياً وأوجاعه متوهمة يشعر بموجة من الحزن والانقباض، والرغبة في البكاء، ويفقد السيطرة على نفسه ويصعب عليه كبح موجة الاكتئاب. وتعتريه فقرات يفقد فيها ذاكرته ويصعب عليه إدراك ما حوله ويصبح متبلداً ذهنياً ويبدو وكأنه يعاني كابوساً بغيطاً ويعير المريض عن شعور بالذنب ويصعب انتشاله من كربه.

2-2- الإكتئاب البسيط:

يظهر المصاب فيه عزوفاً عن الحياة ويبدو في شكل شعور بالتعب وانخفاض في العزيمة، والشعور بعدم لذة الحياة، وقد ينجح أصدقاء أو بعض المقربين من المريض في انتشاله من كربه ويعتبر البعض أن هذا النوع من الاكتئاب هو نوع من الشعور بالإجهاد والملل.

2-3- الاكتئاب التفاعلي:

ويعتبر رد فعل للظروف الخارجية مثل موت عزيز أو التهديد بفضيحة وهو نتيجة سيكولوجية طبيعية ومنطقية بالنظر للظروف المسببة له وهو قصير المدى.

2-4- الإكتئاب الهياجي:

لا يستقر المريض في مكان واحد ويتحرك هنا وهناك متهماً نفسه معبراً عن العجز والضياع.

2-5- اكتئاب سن اليأس:

ويصيب الأفراد غالباً في الأعمار المتوسطة والمتأخرة في الفترة ما بين 40-50 سنة عند النساء والرجال ما بين 50-65 سنة عند التقاعد.

2-6- الإكتئاب المزمن:

وهو دائم وليس في مناسبة أو حدث معين.

2-7- الإكتئاب الخلقي:

ميل فطري للاكتئاب بحيث يتصف المصابون به ببلادة التفكير والحركة والتشاؤم ويجدون صعوبة في اتخاذ القرارات بسهولة (بن دهنون 2017، ص 65).

2-8- اكتئاب سن القعود:

ويسمى أحيانا سوداء من القعود يحدث عند النساء في الأربعينات وعند الرجال في الخمسينات أي عند سن القعود، أو نقص الكفاية الجنسية أو الإحالة الى التقاعد ومن اهم اعراضه القلق والتهيج والتوتر العاطفي ويصاحبه أحيانا ميول انتحارية (زهارة، 2016 ص 24)

2-9- الاكتئاب العصبي:

يستعمل هذا المصطلح لوصف النوع الخفيف من الاكتئاب الذي يعاني المرء منه عند أصابته بتعكر المزاج من حين لآخر، وغالبا ما تسوء حالة المصاب بهذا النوع من الاكتئاب الاستيقاظ صباحا بعد قضاء ليلة من نوم متقطع، في المقابل قد ينام بعض الأشخاص بطريقة مفرطة ويشعر بعضهم الآخر بالانزعاج اكثر من أي وقت مضى.

2-10- الاكتئاب الذهاني:

يعتبر الاكتئاب الذهاني اكتئابا شديدا، ويشعر الأشخاص الذين يعانون منه بعدد من الاعراض الجسدية، وقد يفصلون عن الواقع فتراودهم التوهمات أو الهلوسات ويحتاج الأشخاص الذين يعانون من الاكتئاب الذهاني دائما الى علاج طبي (مكنزي، 2013، ص 39).

3- النظريات المفسرة للاكتئاب:

3-1- التفسيرات البيولوجية للاكتئاب:

يرى الكثير من العلماء البيولوجيين أن الاضطرابات الإكتئابية تحدث بسبب عوامل وراثية أو فسيولوجية، واعتمادا على ذلك سوف يتناول الباحث التفسيرات البيولوجية للاكتئاب وفق محورين أساسيين هما:

أ- التفسير الوراثي للاكتئاب: Genetic explain of depression:

يرى انصار التفسير الوراثي ان افرادا معينين يرثون استعداد لعمليات بيولوجية مضطربة، وقد ركزت معظم التوجهات الخاصة بالمجالات البيولوجية للإضطرابات الوجدانية على الناقلات العصبية (Ingram,1994,120).

وبالرغم من صعوبة تحديد العلاقة الدقيقة بين العامل الوراثي والاكتئاب، إلا ان البحث في مجال الاضطراب ثنائي القطبية قد كان أكثر نجاحا بسبب وضوح المعايير التشخيصية. وتشير دراسات التوائم والتبني الى ان التركيب الوراثي يبدو انه يلعب دورا رئيسيا في الاضطراب الاكتئابي ثنائي القطبية (Marsella,1996,243).

ب- التفسير الفسيولوجي للاكتئاب :Physiological explain of depression

يشير أنصار الاتجاه الفسيولوجي الى انه يوجد نمطان رئيسيان للنظرية الفسيولوجية للاكتئاب يقوم النمط الأول على أساس اضطراب في الايض الالكتروليت الخاص بالمرضى المكتئبين، ويعتبر كلوريد الصوديوم وكلوريد البوتاسيوم هامين بصفة خاصة في الإبقاء على القدرة الكامنة والتحكم في استثارة الجهاز العصبي. ومن الملاحظ أن الأشخاص العاديين يوجد لديهم صوديوم أكثر داخله لكن في المرضى المكتئبين يكون هذا التوزيع مضطربا أما النظرية الفسيولوجية الثانية، فتعتبر الاكتئاب عبارة عن قصور موروث في عنصرين رئيسيين من كيمياء الدماغ(فايد، 2004، ص 76-77).

3-2- التفسير التحليلي الفرويدي للاكتئاب

ومن المعلوم ان من العناصر الأساسية في حالات الاكتئاب الافراط في لوم الذات والاحساس بالذنب والتأنيب الذاتي، وهذا الجانب من الاكتئاب يمكن فهمه في ما يبدو في ضوء الصراعات بين أجهزة الشخصية الثلاثة والتي ينفرد فيها بالنصر وجود أنا أعلى متطرف وشديد الصرامة.

أما لماذا يتميز بعض الأشخاص (والذين يستهدفون للاكتئاب فيما بعد)، بالتشدد في بناء الأنا الأعلى، فهذا أيضا ما حاولت النظرية التحليلية أن تقدم له التفسير، في ضوء

مفهومين

استحدثتهما النظرية التحليلية منذ أيام فرويد وهما اللاشعور والخبرات الطفولية المبكرة فقد تبنت النظرية الفرويدية وجهى نظر مؤداها أن الامراض النفسية التي تطرأ على الشخص فيما بعد، بما فيها القلق والاكتئاب، هي في واقع الامر نتاج للصراعات المبكرة ولهذا طور فرويد مفهوما جديدا سماه اللاشعور لكي يبين ان امراضنا النفسية بعد تجاوز مراحل الطفولة ما هي إلا تكرار لا شعوري رمزي لكل ما يحدث خلال السنوات الأولى من العمر. ولهذا يرى المحلل النفسي هذه ان التفسيرات التي يضعها المريض لما يصيبه من قلق أو اكتئاب أو أي اضطراب نفسي، ماهي إلا جزء بسيط من الأسباب الحقيقية أما الجزء الأكبر المسؤول عن

أما الإضطرابات فهو مدفون في اللاشعور. ومن ثم يكون الهدف الرئيسي من العلاج بالتحليل النفسي هو إزاحة الستار عن هذه الدوافع اللاشعورية المكبوتة. بعبارة أخرى، فإن إحدى الأفكار الرئيسية والمحورية التي يتفق عليها علماء التحليل النفسي بالرغم من الاختلافات بينهم، هي أن السلوك الظاهري بما فيه الاعراض المرضية محكوم بشكل حتمي باللاشعور ومدفوع بما يسمى بالدوافع الداخلية الدفينة. ولأن هذه الدوافع لا شعورية، وأصبحت لا شعورية لأنها كبتت منذ الصغر، فإنه لا يمكن الاطلاع عليها إلا من خلال أحلام الفرد وتخيلاته وخطائه التي قد يرتكبها عن غير عمد الهفوات اللامقصودة). كذلك يمكن الكشف عنها من خلال المقاييس والاختبارات الإسقاطية. كما يمكن الكشف عنها من خلال جلسات التحليل النفسي التي تهدف الى إطلاع المريض على الأسباب الدفينة والعميقة المسؤولة عن مرضه الحالي.

ولهذا يولي علماء التحليل النفسي اهتماما خاصا للخبرات الطفولية المبكرة وخاصة علاقة الطفل بأبويه، فقد زعم فرويد ولم يعجز في ذلك عن تقديم بعض الأدلة الاكلينيكية المعتمدة على دراسة بعض الحالات الفردية ان حياة الطفل ليست بريئة كلها وليست نعيما وبراءة وطهرا كما يحلو للبعض ان يتصورها. ولكنها تتميز بالصراعات القوية بسبب دوافعه الغريزية

ومن هنا ابتكر فرويد مفهوم الجنسية الطفلية والتي يعني في تصوره ان الطاقة الجنسية تنتقل وتتطور في مراحل متميزة من اللذة وخلال هذا التطور وفي اخر مرحلة يأتي ما يسمى ب (عقدة أوديب) ذلك المفهوم الذي صاغه فرويد ليعبر به عن أن علاقة الطفل الذكر بأبيه تقوم في الحقيقة على التنافس والغيرة، وذلك بسبب حب الطفل لأمه التي يشاركه إياها الأب. ومن خلال هذا الصراع نخطو نحو عالم الرشد، وتكون كل اتجاهاتنا نحو الجنس الاخر والسلطة والمجتمع قد تكوّنت. لكن اذا فشل الطفل في حل صراعه مع والديه فإنه ينمو وقد تملكته مشاعر التهديد، والمخاوف اللاشعورية التي تظهر فيما بعد في الاعراض المرضية. الاكتئاب فإننا نجد أن النظريات المبكرة من التحليل النفسي تنظر له بصفته نتاجا أما عن للتفاعل بين الدوافع أو الرغبات والجوانب الوجدانية بما فيها مشاعر الذنب والخسارة في العام الأول من العمر. وقد عبّر أبراهام (وهو أحد علماء التحليل النفسي المرموقين ممن اهتموا بتطبيقات هذه النظرية في مجال فهم الامراض العقلية والذهان، عبر عن هذه النظرية التحليلية للاكتئاب وفق نظريته التي تتبلور حول العلاقة بموضوعات حبنا هذه العلاقة التي يفرد لها المحللون النفسيون قسطا وافرا من الاهتمام تحت فئة ما يسمى بدراسة العلاقة بالموضوع. فعندما لا يجد الشخص تلبية للإرضاء المبكر لرغباته الجنسية واشباع حاجته للحب فإنه يشعر بالغضب والكراهية والعداء نحو موضوع الحب، ولكن هذا الغضب والكراهية يتحولان بفعل مشاعر الذنب الى الداخل أي نحو الذات وهذا هو الاكتئاب. لهذا تجد ان الاكتئاب لدى النظرية التحليلية ما هو إلا حنق وغضب بسبب الإحباط وخيبة الأمل في اشباع الحاجة للحب ولكنه غضب يتحول بسبب اليات الدفاع اللاشعورية التي يقوم بها الفرد للدفاع عن الذات عند وجود أي تهديد لها، وكأن لسان حال الشخص يقول لموضوع الحب (إنك لا تشبع حاجتي لك، أو لحبي فيك والنتيجة الشعورية هي مادمت لا تحبني فأنا أكرهك ولكنني لا أستطيع أن أصرح أو حتى أعترف بكراهيتي لك بفعل الإحساس بالذنب والصرامة في بناء الانا الأعلى، وإذن فأنا الجدير بالكراهية والعقاب بسبب عيوبي، وأوجه قصوري) وهذا هو الاكتئاب ومن ثم نجد فرويد في بحثه

الموسوم ((الحداد والملانكوليا)) يكشف عن كثير من أوجه الشبه بين الحزن العادي عند فقدان موضوع الحب والاكتئاب المرضي. فالإكتئاب عادة ما يحدث ويشد إثر وفاة موضوعات حبا أو عند فقدانها بالهجر والخسارة. وهذه النوبات من الاكتئاب التي تتفجر، وتشد بعد وفاة أو فقدان موضوعات حبا، هي من وجهة نظر التحليل النفسي نتيجة أساسية للاحساس بالشعور بالذنب الشديد، وكأن كراهيتنا اللاشعورية التي تسببت في الوفاة والفقْدان، مما يضاعف بدوره مشاعر الاكتئاب والغضب الداخلي واتهام الذات.

أن علماء التحليل النفسي يتفقون بشكل عام في نظرتهم للاكتئاب بصفته وبالرغم من حنقا وغضا موجها للذات فإنهم يختلفون في تحديد نوع الدوافع المحبطة والمثيرة للغضب والحنق حيث يراها أبراهام مرتبطة بالحاجة للإرضاء أو بالأحرى الفشل في الإرضاء الجنسي والحصول على الحب ويرى رادو الذي يعتبر أيضا من العلماء التحليليين الذين اهتموا بدراسة الاكتئاب، أن الاكتئاب ما هو إلا صرخة بحث عن الحب متأثرا فيما هو واضح بنفس الاتجاه الفرويدي المبكر. ويصف فينيكل المكتئب بأنه انسان) مدمن للحب ولكن ببيرينج أحد أعضاء المدرسة الفرويدية المحدثه ينظر للموضوع بنظرة أشمل وأكثر عصرية فيرى ان الخاصية الرئيسية التي تميز الاكتئاب تتمثل في العجز عن تحقيق الحاجات أو الطموحات. ويرى أن الحاجة إلى الحب والتقدير ماهي إلا واجدة من ثلاثة احتياجات رئيسية، أما الاحتياجات الأخرى فتشمل الحاجة للقوة والأمان والحاجة لمنح الحب (فضلا عن الحصول على الحب) ويحدث الاكتئاب نتيجة للفشل في إرضاء أو نتيجة لإحباط أي حاجة من الحاجات الثلاث السابقة والصراع الذي يحدث في الذات والمرتبط بفشل إشباع أي منها (إبراهيم، 1978، ص 85-86-87).

4- مقاييس الإكتئاب

4-1- مقياس هاميلتون لتقدير الإكتئاب

يتكون مقياس هاميلتون لتقدير الاكتئاب 21 بنده أو سؤالاً يتضمن الاعراض التالية من: المزاج الاكتئابي، الشعور بالذنب، الرغبة في الانتحار، أرق أوائل الليل، أرق منتصف الليل الارق في الفجر، العمل، والأنشطة، بطء الأفكار والتعبير وتقلص القدرة على التركيز الهياج القلق القلق الجسدي أي جفاف الفم واضطرابات الهضم وآلام المعدة) علامات جسدية بالمعدة والامعاء وعلامات جسدية عامة علامات جنسية مثل تقلص اللذة البييدية أو اضطراب الحيض، توهم المرض نقص الوزن معرفة المريض بإكتئابه، تقلبات الحالة أثناء النهار تبدد الشخصية، علامات هذيانية (اضطهاديه)، ظواهر وسواسية وقهرية.

ويستخدم مقياس هاميلتون لقياس شدة الاكتئاب للمرضى الذين هم بالفعل قد شخصوا بأنهم مكتئبين وتصل. معاملات ارتباط هذا المقياس إلى (0,90)، وأجري له العديد من معاملات الصدق والثبات، وتوجد معاملات ارتباط مرتفعة بينه وبين مقاييس أخرى للاكتئاب.

4-2 - قائمة الأعراض الاكتئابية:

وهي من إعداد (روش) ويمكن استخدام هذه الأداة عن طريق الاختصاصي الاكلينيكي باعتبارها نتيجة للمقابلة الاكلينيكية والملاحظات عن المريض أو باعتبارها مقياساً للتقرير الذاتي المريض وتتكون القائمة من الاعراض الاكتئابية من 28 بنده. وتتوفر لهذه الأداة تيب عنه معاملات عالية للاتساق الداخلي، ومعاملات ارتباط مع قائمة بيك للاكتئاب تراوح بين (0، 61) و (0، 78) للاستخدام الاكلينيكي والتقرير الذاتي على التوالي.

4-3 - قائمة بيك للاكتئاب:

توجد صورتان لهذا المقياس الذي أعده أرون وبيك وأصبح ذا شهرة كبيرة واستخدم في تقدير الاكتئاب، وهما: الصورة الاصلية وتتمون من 21 بند، انتشرت عام 1961، وخضعت لتعديلات متلاحقة، والصورة المختصرة تتكون بند كطريقة سريعة للتعرف على المرضى المكتئبين، وفي هاتين الصورتين تستخدم قائمة بيك خاصى لتقدير التغيرات لدى المرضى

نتيجة للعلاج المعرفي، وتقدم بنود قائمة ببيك للاكتئاب المزاج والتشاؤم والاحساس بالفشل ونقص الشعور بالرضا والذنب والاحساس بالعقاب وكراهية الذات واتهام الذات ورغبات عقاب الذات ونوبات البكاء والاهتياج والانسحاب الاجتماعي والتردد أو عدم الجسم وصورة الجسم والكف في العمل واضطراب النوم والتعب والشهية والوزن والانشغال بالشكاوي الجسمية والطاقة الجنسية (الليبيدو)، وتتحدد الدرجة أربعة مستويات لشدة الاكتئاب:

- لا يوجد اكتئاب أقل من عشر درجات).
- اكتئاب بين خفيف إلى متوسط (من 10 إلى 18 درجة).
- اكتئاب بين متوسط إلى شديد من 19 إلى 29 درجة).
- اكتئاب شديد من (30 إلى 63 درجة).

وقد قام أحمد عبد الخالق (1996) بتعريب الصيغة المعدلة القائمة الاكتئاب ل بيك ووفر لها معايير عربية وثمة محاولات أخرى قام بها بعض الباحثين العرب مثل غريب عبد الفتاح في مصر والامارات، وبدر الأنصاري في الكويت.

4-4- مقياس زونج للتقدير الذاتي للاكتئاب:

يتكون هذا المقياس الذي أعده زونج من عشرين بنده وفقا لأربعة مستويات وهي: قليل من الوقت، وبعض الوقت، وكثير من الوقت ومعظم الوقت، وحسب درجاتها 1، 2، 3، 4 على أن تشير الدرجات الأعلى إلى وجود اكتئاب شديد، وتنقسم البنود إلى عشر عبارات موجبة مثال ذلك: حياتي رائعة، وعشر عبارات سلبية تعبر عن الاعراض الاكتئابية مثل: تنتابني نوبات بكاء، أشعر بالتعب من أقل مجهود، ويقدم زونج دلائل على ان المقياس يميز بين المرضى المكتئبين والمرضى النفسيين في فئات أخرى من الاضطرابات والأشخاص العاديين ومن يحصل على (50-69) يصنف على أنه مكتئب أما من يبلغ (80) فأكثر يكون لديه اكتئاب عالي الدرجة (نوفل، 2016، ص 149).

4-5- علاج اضطراب الاكتئاب

يعد اضطراب الاكتئاب من الحالات النفسية الشائعة، ويقدر إن ما بين 9% و 20% السكان يعانون بين وقت وآخر على امتداد أعمارهم من أعراض إكلينيكية للاكتئاب مجموع أميل لأن يكون ضعف عدد الرجال.

وتتضمن طرق العلاج الحالية لاضطراب الاكتئاب كل من الوسائل الطبية والنفسية، ويشمل العلاج الطبي استخدام العقاقير المضادة للاكتئاب، وأيضاً العلاج بالصدمات الكهربائية، وكذلك تستخدم حتى الجراحة النفسية، وبالمثل تتنوع الطرق النفسية وتشمل الاسترخاء العضلي التدريجي والاغراق وزيادة المشاركة في النشاطات السارة والتدريب على المهارات الاجتماعية، العلاج الاسري السلوكي والأساليب المعرفية مثل طريقة بيك، وعلاج أليس الوجداني العقلاني، وحل المشكلات والتشريط المعرفي والعلاج التفاعلي وأسلوب خفض مشاعر فقدان الحيلة، وقد ثبت نجاح هذه الأساليب العلاجية مع عدد كبير من المرضى الاكتئابيين وحقت نتائج إيجابية.

على أي حال إن خطة علاج الاضطرابات الوجدانية والتي يشكل اضطراب الاكتئاب أحد أبرز أنواع الاضطرابات يجب أن يضع المعالج في اعتباره خطورة المريض على نفسه (بالانتحار) أو على غيره (بالقتل)، الأمر الذي قد يستلزم إدخال المريض المستشفى أو وضعه تحت الملاحظة الطبية.

وتتضمن طرق العلاج مايلي:

1- العلاج الطبي، ويشمل:

1-1- علاج نوبات الهوس، ويتبع من المريض مايلي:

أ- التهدة للمريض بمضادات الذهان مثل مجموعة الفينوثيازين أو البيوتروفينون)، أو جلسات العلاج بالكهرباء.

ب- العلاج الأملاح الليثيوم التي ثبت فعاليتها في علاج حالات الهوس ويلزم أن تستمر مضادات الذهان لمدة أسبوع مع أملاح الليثيوم لأن الليثيوم لا يعطي تأثيره في الجهاز العصبي قبل خمسة أيام).

ج- مضادات التشنجات، وقد أثبت أن استعمالها مفيدا في علاج حالات الهوس مثل الكاربامازين والفالبروات).

1-2- علاج الاكتئاب ويتبع مع المريض مايلي:

أ- مضادات الاكتئاب: وتشمل أربع مجموعات وهي: منشطات الجهاز العصبي والمركبات الثلاثية الحلقات، ومثبطات الأنزيم المؤكسد للأمينات الأحادية، بالإضافة إلى مضادات الاكتئاب الحديثة ومن أهمها حاليا مثبطات إعادة أخذ السيروتونين انتقائيا مثل الفلوكستين وسيتالوبرام، ويعتمد اختيار العقار على الاستجابة السابقة للمريض، أو على نوع الاكتئاب كيميائيا (ادرياليا أو سيروتونيا).

ب- جلسات العلاج بالكهرباء، خاصة الاكتئاب المصاحب بميول انتحارية، وتكون الجلسات الكهربائية مصاحبة بالعقاقير.

ج- العلاج في الحالات الانتحارية يعد التفكير بالانتحار أكثر الطوارئ النفسية، ويصعب التعرف على المنتحرين بدقة، وهم غالبا غير قابلين للعلاج في العيادات الخارجية ويقاومون دخول المستشفيات وعرضة لتكرار الانتحار أثناء العلاج.

والإكتئاب هو أكثر التشخيصات النفسية ارتباطا بالانتحار، إذ أن المكتئب محبط ورافض للحياة، وينتحر حوالي 15% ممن لديهم اكتئاب شديد، ومن بين المنتحرين لوحظ أن 80% كانوا يعانون من الاكتئاب، كما، وجد أن 25% من المنتحرين كانوا مدمنين والادمان منهم يطلق التنبيطات لدى المرضى المكتئبين فيجعلهم يقدمون على الانتحار كطريقة لجذب انتباه الآخرين قد تتجح إحدى المحاولات المتكررة في إنهاء حياتهم، وعن علاقة الانتحار بالسن فإنه يكثر بين المراهقين، ويصل إلى الذروة لدى الرجال مع تقدم

العمر ليصل الى قمته عند عمر الخامسة والسبعين، ولدى النساء لوحظ بين الخامسة والخمسين فالرجال أكثر انتحارا رغم كثرة النساء. وقد لوحظ وجود علاقة بين الانتحار والحالة الاجتماعية، حيث تزداد المحاولات من الخطورة للانتحار بين غير المتزوجين والمطلقين والأرامل ومن يعيشون وحدهم وفشلوا في حياتهم العاطفية، كما يكثر الانتحار في المناطق الحضرية عن المناطق الريفية فضلا عن وجود تاريخ عائلي لحالات الانتحار أو محاولات للانتحار أما عن علاقة الانتحار بالعوامل البيولوجية فقد وجد نقص السيروتونين، واتساع بطينات الدماغ، وشذوذ تخطيط الدماغ في بعض الحالات (أديب، 2006، ص 404-405).

2- شروط نجاح العلاج

- يجب أن يركز الفحص على التحليل الوظيفي لتحديد العوامل التي تؤثر على الظهور اليومي للمزاج الاكتئابي، والسلوك الاكتئابي.
- قد يمثل تسجيل قوائم الأنشطة اليومية ميزة إضافية إلى ذلك وأنها ستحدد أيضا ما إذا كان المرضى قد وضعوا أنشطتهم اليومية واستمتاعاتهم بها، وإحساسهم بالإنجاز وصفا صحيحا أم لا؟
- على المعالج أن يقيم إذا كان التدريب على المهارات التوكيدية أو المهارات الاجتماعية الأخرى مرغوبا أم لا؟
- قد تكون بعض المشكلات النفسية الأخرى مثل: القلق العام، وبعض المخاوف بمثابة مصادر خفض لتعزيز السلوك غير الاكتئابي لذا، يمكن أن تكون لها الأولوية في العلاج. -
- قد تشير درجة شدة تكرار المريض لضرورة استخدام إجراءات التثيت، وبرمجة الأنشطة اليومية، أو جلسات الأنشطة اليومية منذ البداية أو عدم ضرورتها.
- قد يعتقد بعض المرضى الاكتئابيين صعوبة علاجهم.

- هناك بعض المقاييس الخاصة لتحديد مستوى اكتئاب المريض يتعين تسجيل نتائجها في كل جلسة علاجية، وأن انخفاض درجات هذه المقاييس إلى أدنى مستوى هو الأساسي في العلاج.
- غالبا ما يكون المنحى الذي يستخدم مكونات من كل من العلاج المعرفي والسلوكي مناسباً.
- من الضروري الاتفاق المبدئي على عدد محدد من الجلسات (خمسة مثلاً).
- يجب وضع تمييز بين الانفعالات والأفكار، وأن يفهمه المريض والذي يمكن إعطاؤه مكتوباً كي يطلع عليه ليوضح له الأفكار السلبية ودورها في الاكتئاب وخطوات العلاج المعرفي.
- يجب توضيح تأثير الأفكار على الانفعالات، كما يتعين تسجيل هذا التأثير.
- ينبغي مناقشة العلاج مع المريض باعتباره عملاً مشتركاً، ويتعين تشجيع المرضى على عرض المشكلات التي تكررهم حديثاً لوضع، أهداف العلاج ولتقديم الأسئلة حول ملاحظات العلاج.
- يجب وضع نقاط رئيسية لكل جلسة بالتعاون مع المريض، والتركيز على ردود فعل المريض للأمور التي نوقشت في الجلسات السابقة من حيث فهمه وتقبله لما تمت مناقشته.
- يجب توضيح كيفية تحديد الأخطاء في التفكير، وطرق مواجهة الأفكار السلبية وخفض الكدر المصاحب لها.
- يجب أن يكون تسجيل الأفكار السلبية والأفكار البديلة من الواجبات المنزلية.
- يمكن خلال الجلسات استخدام الأساليب السلوكية وبالأخص لعب الأدوار للإشارة إلى الأفكار المثبطة التي يعانيها المريض في تفاعله الاجتماعي أثناء العمل.
- يمكن على وجه الخصوص استخدام لعب الأدوار، والتدريب على المهارات الاجتماعية والتدريب على حل المشكلات، والعلاج الزوجي في العلاج النفسي لمرض الاكتئاب لتوطيد

وممارسة السلوك الذي يمكن أن يحل المشكلات بما فيه ذلك مشكلات سلوك الآخرين نحو المريض.

- التأكيد على ضرورة ممارسة التمرينات للواجب المنزلي حتى يمكن ممارسة السلوك الذي جرب في لعب الأدوار.

- يجب ملاحظة بعض الخفض الذي يحدث في الاكتئاب، وذلك على مدى 4-5 جلسات، وفي ضوء ذلك يتقرر مواصلة العلاج أم لا ؟ إذا ما فشل العلاج بتحقيق خفض نسبي فسيكون المطلوب إحداث تعديل في أسلوب العلاج (أديب، 2006، ص 407-408).

رابعاً - الوسواس القهري

1- تعريف الوسواس القهري

1-1- التعريف اللغوي:

أ-الوسواس: هو حديث النفس فيقال وسوس الله نفسه وسوسة ووسواسا كما في اللسان العرب قال الله تعالى: (ولقد خلقنا الإنسان ونعلم ما توسوس به نفسه ونحن أقرب إليه من حبل الوريد) [ق: 16].

والوسواس بالفتح هو اسم الشيطان، كما في القاموس (القاموس المحيط قال الله تعالى:

﴿ ز ط ك ي د ح گ گ گ گ گ گ گ گ گ گ ﴾ [الناس : 4-6].

ب- **القهر**: وهو الغلبة قهره قهرا غلبه قهر قاهر، وقهار، ويقال أخذهم قهرا، أي من غير رضاهم وفعله قهرا بغير رضا، كما في (القاموس المحيط) محمد شريف، (2008:15).

1-2- التعريف الاصطلاحي:

أ- الوسواس القهري : Obsessive Compulsive

الوسواس obsessions هي: " أفكار متسلطة والقهر compulsion: هو سلوك جبري يظهر بقوة لدى المريض، ويلزمه ويستحوذ عليه، ويفرض نفسه عليه، ولا يستطيع مقاومته؛ رغم وعيه وتبصره بغيرابته وسخفه وعدم فائدته، ويشعر بالقلق والتوتر إذا قاوم ما توسوس به نفسه، ويشعر بالحاح داخلي للقيام به. حامد زهران، (1999:423).

تعرض مفهوم اضطراب الوسواس القهري منذ ظهوره وحتى الآن إلى تغيرات عديدة، فقد وصف إسكيرو (Esquire 1838) لأول مرة بأنه زملة من الأعراض الوسواسية القهرية وأحد الأمراض العقلية التي يصعب علاجها نظرا لأنه أحد أشكال التفكير العقلي المرتكزة على مفاهيم خاطئة، وتفسيرات غير حقيقية

في حين وصفه جانيه (Ganet) بأنه نوع من الشكوك المقتحمة وأشار إلى أن الأفراد الوسواسيين يعانون من ضعف الإرادة، وصعوبة ضبط النفس، وبالتالي فإن الوسواس تعد أحد مسببات الاضطراب العقلي، وقد صنف جانيه محتوى الوسواس إلى خمسة أصناف الجريمة، تدنيس المقدسات والعار وعدم الملائمة الجسمية وتوهم المرض ايمان دليل (41:2015)

1- 3 - التعريف في الطب النفس

فالوسواس القهري هو اضطراب عصابي يتمثل في فكرة غير مرغوبة ومستمرة، وهو اضطراب في محتوى التفكير حيث يصبح الفرد متوتر وقلق كما تؤثر هذه الأفكار على حياة الفرد اليومية، وتحوم هذه الأفكار حول موضوع معين بشكل اجتراري أو سلسلة طويلة من الأفكار، غالبا ما يدرك المريض أنها تافهة.

أما الأفعال القهرية فهي عبارة عن حركات معقدة طقوسية يكررها المريض بشكل روتيني كسلوك غسل اليدين، فيرى المريض نفسه مندفعاً نحو القيام بهذا السلوك لأن الفكرة تأتي من العقل ويجب أن تنفذ وإذا لم تنفذ فإن القلق والضغط يظهران ولهذا فإن الفرد يحاول إطفاء هما عن طريق القيام بالسلوك القهري. (سعاد البشر، 24:2007)

اضطراب الوسواس القهري هو اضطراب قلق مزمن حيث تنتاب الشخص أفكار هاجسية متكررة (وساوس) يمكن أن تؤدي إلى سلوك متكرر (دوافع قهرية) دليل) مقدم لأشخاص ذوي اضطراب الوسواس القهري، 6:2017)

ويعرف N.Bourbon الوسواس القهري (TOC) بأنه مرض نفسي عصابي له أعراضه الخاصة، وكتب عنه مئات سنين، ويحدده مؤخرا المعايير التشخيصية لل DSM-IV-TR1 و DSM 5. (N.Bourbon, 02)

ويطلق أنجلش Angelch على العصاب القهري اسم الاستجابة الحصارية القهرية Obsessive Compulsive reaction ويصفه بأنه سلوك عصابي يرتبط فيه القلق بالانشغال بأفكار غير مرغوبة، وبدفعات عنيدة إلى تكرار أفعال معينة المرة تلو الأخرى ويصف أن الوسواس والقهر يشكّلان زملة واحدة أو طراز سلوكيا واحدا. (إيمان دليل، 2015:42)

وتعرف أسماء العطية اضطراب الوسواس القهري بأنه أحد اضطرابات القلق، لأن الأفكار الوسواسية والأفعال القهرية هي في الأصل محأولة من جانب الفرد للتحكم في القلق، ويتصف ذوو اضطراب الوسواس القهري بالنزعة الى الكمال والخلو من النقص والعيب وفعل الشيء كما ينبغي أسماء العطية، 2002:36).

اضطراب الوسواس القهري العصابي Obsessive-compulsive-disorder هو نوع من القلق العصابي النفسي والذي يشعر فيه المرضى بأن لديهم أفكار ومشاعر وأحاسيس وتصرفات تجعلهم يشعرون أنهم منقادين لعمل شيء وبمعنى آخر يكون لدى الشخص هواجس أو ما يسمى بالاستحواذ obsession تضطره لفعل أشياء أو ما يسمى بالإلزام compulsions. (أحمد عكاشة، 2003:81)

ويشير ديفيد ه.ج. بارنو إلى أن اضطراب الوسواس القهري يرجع إلى التوقعات غير العادية للنتائج السلبية، حيث أن مرضى الوسواس القهري لديهم توقعات عالية غير عادية للنتائج السلبية للعديد من الأفعال والتصرفات وأن محتوى الوسواس يتضمن نمطاً مبالغاً في الاهتمام والقلق الموجود لدى الأفراد العاديين بالصحة، والموت ورفاهية الآخرين، والجنس والدين وما شابه ذلك. عمر الريمأوي، أميرة الريمأوي، 2014:90).

2 - نسبة انتشار اضطراب الوسواس القهري

يعتبر اضطراب الوسواس القهري أحد الأمراض النفسية الرئيسية، حيث تعاني منه نسبة كبيرة من الحالات على عكس ما كان التصور من قبل أنه حالة نادرة الحدوث، وتفيد آخر الإحصائيات في مراجع الطب النفسي الحديثة أن نسبة 23% من الناس معرضون للإصابة بمرض الوسواس القهري على مدى سنوات حياتهم، وهذا الرقم كبير جداً لأن معناه وجود عشرات الملايين من مرضى الوسواس القهري أنحاء العالم.

كما تذكر إحصاءات أخرى أن نسبة 10% أي واحد من كل 10 أشخاص يترددون على العيادات النفسية يعاني من هذا المرض النفسي، وبذلك يعتبره الأطباء النفسيون في المرتبة الرابعة من حيث الانتشار بعد حالات المخاوف المرضية وحالات الإدمان، ومرض الاكتئاب النفسي.

و تكون بداية الإصابة بالاضطراب الوسواس القهري عادة في سن المراهقة، أو مرحلة الرشد المبكر، وبالرغم من أن هذا الاضطراب قد ينمو في مرحلة الطفولة، كذلك يعد من أكثر الاضطرابات النفسية ألماً ومعاناة وتبدو واضحة في أشكال من السلوك أو الأفكار المختلفة عند المصاب بها، فقد لوحظ أن 10 من المرضى قد بدأت أعراضهم قبل 24 من العمر وأن 80 قبل لسن الخامسة والثلاثين وأن 10 إلى 70 تبدأ الأعراض لديهم بعد كرب أو شدة والبداية تكون حادة في نصف الحالات، وعادة ما يتكتم المريض عن أعراضه ولا يتعالج إلا بعد سنوات ومسار الاضطراب مزمن يتميز بفترات متناوبة ولوحظ أن حوالي 30 إلى 20 من المرضى يتسكنون بدرجة متوسطة بينها 30 إلى 20 من المرضى تظل حالتهم كما هي أو تتفاقم، وأن ثلث المرضى يصابون بالإكتئاب الذي يكون ما بين مضاعفاته الانتحار أو الإدمان وهناك خطر ضئيل من تحول الوسواس إلى أوهام (كنزة رزوق، 2018:44).

يضيف كابن وسادوك أن الذكور أكثر عرضة للإصابة بالاضطراب عن الإناث (متوسط عمري) (19 عام والإناث "متوسط عمري) (22 عام وحوالي 2/3 من مرضى

الوساوس القهرية بدأت أعراضهم قبل سن (25) عاماً وأقل من (15) () تبدأ أعراضهم بعد سن (35) عاماً.

توضح الدكتورة فاطمة أحمد صالح كعكي استشارية الطب النفسي بمستشفى الملك فهد بجدة، أن نسبة الإصابة بالوسواس القهري حوالي (2.5)، وترتفع في الذكور بنسبة (25) في سن الطفولة (قبل سن 15 سنة) ثم يتساوى الذكور والإناث بعد ذلك. ويظهر المرض بين سن (20) و(40) سنة، ويستمر من شهور إلى خمس سنوات قبل الذهاب إلى الطبيب النفسي، حيث أن معظم المرضى يعتبرون استشارة الطبيب دليل ضعف منهم.

من خلال هذه الإحصائيات يتبين أن اضطراب الوسواس القهري من بين أكثر الاضطرابات النفسية انتشاراً إلا أن معظم المرضى الوسواسيين بسبب طبيعة التكتّم لديهم وخوفهم من الإقلاع عن القيام ببعض الطقوس التي من شأنها أن تخفض من حدة الكدر والتوتر اللذين يعانون منهما نتيجة لأفكارهم الوسواسية لا يذهبون إلى العيادات النفسية. (إيمان) دليل، 2015:43-44 .

3- أعراض الوسواس القهري

طبقاً للدليل التشخيصي والإحصائي الرابع (DSM-IV) الصادر عن جمعية الطب النفسي الأمريكية فإن تشخيص اضطراب الوسواس القهري يتطلب وجود وساوس أو دفاعات قهرية، وتعرف الوسواس بأنها مقنحة وغير ملائمة، وتسبب قلقاً ملحوظاً أو شعوراً بالكرب أما الدفاعات القهرية فتعرف عللاً بأنها سلوكية متكررة، أو أفعال عقلية يجد الشخص نفسه مدفوعاً لأدائها أو إستجابة لوسواس، أو طبقاً لقواعد متصلة.

وتتميز الأعراض الوسواسية القهرية بالميزات التالية:

- يجب ألا تكون الفكرة أو تنفيذ الفعل في حد ذاته مصدر المتعة
- يجب أن تكون الأفكار والتصورات أو النزوات متكررة بشكل مزعج أي عدد المرات التي تسيطر فيها الوسواس القهري أو الأفعال القهرية في فترة زمنية معينة، مثال ذلك تكرار غسيل الأيدي 13 مرة (عند الوضوء ويقصد بالتكرار أيضاً معاودة السلوك، وفي هذا الإتجاه

إذا تكرر حدوث الوسأوس القهرية أو الأفعال القهرية في أغلب الأيام أو لمدة أسبوعين على الأقل، تصنف الحالة بأنها مرضية مع العلم أن العمل المتكرر لا يعد مظهرًا مرضيًا إلا إذا أصبح يشكل عائق في توافق الفرد وممارسة نشاطه بشكل عادي.

- مدة حدوث السلوك أي إذا كانت الأفعال القهرية تحدث لمدة أطول أو أقل مما هو عادي وهذا كله يحدده طبيعة السلوك. (كنزة رزوق، 2018: 46-47)

وقد قسم روث أعراض الوسواس القهري إلى قسمين: الأفكار القهرية والأفعال القهرية.

أعراض الأفكار القهرية: فهي كالآتي:

1 - سيطرة النظام وجب الروتين والجدية المفرطة وعدم التسامح والمثالية والاهتمام بشؤون النظافة كغسيل اليدين المتكرر.

2- الإحساس والشعور بعدم الطمأنينة وعدم الحيد عن المألوف والبطء الزائد في العمل حيث يشك المريض في كل شيء ويكون كثير التردد وكثير المراجعة.

3- كثرة الاهتمام بالصحة العامة ومواعيد ققاء الحاجة الطبيعية والخوف من الجراثيم والميكروبات والقذارة والعدوى، الأمر الذي يدفع المريض إلى تطهير يديه بالكحول أو تجنب مصافحة الآخرين.

أعراض الأفعال القهرية: وتشمل الأفعال على أفعال النظافة وتكرار الطقوس والعد والترتيب والنظام والتجميع والتخزين.

التكرار القهري وهذا إذا أصبح يشكل عائقًا في تكيف صاحبه ويسبب له القلق والصراع والتعطيل الجزئي أو الكلي للوظائف ويشكل عائقًا بينه وبين إشباعه لحاجته.

- الأفعال القهرية المتتابة: يقوم المريض بسلسلة من الأفعال بتتابع وإذا حاول تغييره أو مخالفته فإنه يشعر بضيق شديد وقلق بالغ.

- النظام القهري: وهو إتباع نظام لا يحيد عنه، وغالبا ما توجد هذه النظم في الأمور الحياتية اليومية فهو يرتب كتبه وملابسه في خزانته بشكل معين، ويدخل في هذا النوع أيضا الأفعال القهرية المتعلقة بالتدقيق الشديد في إدارة المنزل.

- الأفعال القهرية المناهضة للمجتمع السيكوباتية وتضم الأفعال القهرية التي تلم على المريض بضرورة تنفيذها ومن بينها:
السرقة القهرية: كالسيدة التي تسرق من المحلات التجارية وعندما تضبط تشعر بالخجل ولا تستطيع تقديم تفسيراً لسلوكها.
إشعال الحرائق: وهي كالسرقة القهرية يقوم بها الفرد دون معرفة الدافع ويشعر بالراحة والسرور (أحمد عكاشة، 2003:88)
- الفيتشية القهرية: وهي التعلق بممتلكات الجنس الآخر والحصول على الإثارة الجنسية منها كنزة رزوق، (2018:48)
وقد أورد حامد زهران أهم أعراض الوسواس والأفعال القهرية كالاتي:
الأفكار المتسلطة، وتكون في مضمها تشككية أو فلسفية أو إتهامية أو عدوانية أو جنسية مثل: الشك في الخلق والتفكير في الموت والبعث أو الإعتقاد بالخيانة الزوجية والإنشغال بفكرة ثابتة تتسلط.
- المعاودة الفكرية والتفكير (الاجتراري) مثل ترديد الأغاني والموسيقى بطريقة شاذة.
- التفكير الخرافي البدائي والإيمان بالسحر والشعوذة والأحجية والأفكار السوداء والتشاؤم وتوقع الشر.
- الإنطواء والاكنتاب والهم وحرمان النفس من أشياء ومتع كثيرة وسوء التوافق الإجتماعي وقلة الميول والاهتمامات نتيجة التركيز على الأفكار المتسلطة والسلوك القهري.
- الضمير الحي الزائد عن الحد والشعور المبالغ فيه بالذنب، والجمود وعدم التسامح والعناد والجدية المفرطة والكمالية والدقة الزائدة.
- الاستبطن المفرط في النشاط الجسمي والانفعالي والاجتماعي.
- المخاوف المرضية وخاصة الميكروبات والجراثيم والقذارة والتلوث والعدوى ولذلك فهو يتجنب المريض مصافحة الناس، كطوابق المنازل والنوافذ ودرجات السلم وأعمدة الكهرباء.

- النظام والنظافة والتدقيق والأناقة الزائدة وإعطائها أهمية بالغة لدقائق الأمور والصغائر والتفصيلات وقت طويل وطقوس ثابتة في النظافة وغسل اليدين المتكرر ونظام ثابت
- الروتين والرتابة والتتابع القهري في السلوك والأناة والبطم الزائد.
- الشك المتطرف في الذات وتكرار السلوك كتكرار قفل الأبواب والغاز.
- السلوك القهري المضاد للمجتمع مثل هوس إشعال النار وهوس السرقة. حامد زهران، (2726:1999).

4- أسباب الوسواس القهري

4-1- العوامل الوراثية

يلعب العامل الوراثي دورا هاما في نشأة الوسواس القهري فقد وجد أن أولاد المرضى بالوسواس القهري يعانون من نفس المرض، وكذلك الإخوة والأخوات وهذا غير باقي أف ا رد العائلة الذين يعانون من الشخصية القهرية وقد وجد عكاشة (1980-1997) في دراسة له أن التاريخ العائلي لمرضى الوسواس القهري في مصر يظهر في (26) مريضا لديهم حالات مرضية في العائلة من أصل (84) حالة أي حوالي (30).

كما بينت دراسات عديدة وجود تأثير واضح للوراثة في اضطراب الوسواس القهري فهو أكثر عند التوائم المتماثلة (33) و (63) عنه في التوائم غير المتماثلة (7%).

ويؤكد سادلر sadler على أن للعامل الوراثي دور أساسي للإصابة بمرضا الوسواس القهري، فيذكر بأن سجلات عيادته لفترة امتدت لأكثر من (35) عاما كشفت على أن الو ا رثة تظهر كسبب رئيسي في (90%) من الحالات المصابة بالعصاب القهري. ايمان (35) عاما دليل، 51، 2015

4-2- العوامل البيولوجية

توجد ملاحظات بيولوجية تبرز دور العوامل البيولوجية في اضطراب الوسواس القهري

وهي:

أ- وجود شذوذ في نمط رسم المخ الكهربائي خاصة في النصف الأيسر من المخ يساهم في حدوث الوسواس القهري.

ب- يسود هذا الاضطراب نتيجة نقص السيروتونين.

ج- شيوع هذا الاضطراب لدى التوائم المتماثلة أكثر منه لدى التوائم غير المتماثلة ويعكس ذلك الدور الهام الذي تلعبه الوراثة في حدوث اضطراب الوسواس القهري. أسامة

فاروق، 2011:346)

4-3- العوامل النفسية

يرى فرويد أن الوسواسين قد حدث لهم تثبيت fixsation على المرحلة الشرجية من التطور النفسي الجنسي، نتيجة لصراعات بين الوالدين والطفل حول التدريب على عادات الحمام، ويحدث الصراع خلال التدريب على الحمام بين رغبة الطفل في التخلص من فضلات جسمه تبعا لاراداته، وطلب الوالدين منه أن ينظم هذه العملية المتصلة بالشرح ليوافق المستويات الحضارية في النظافة وفي التحكم في الدفعات. وعندما يصدر الوالدين ضد الطفل عقاب شديدا على ذلك، وعندما يكون هذا التدريب مبكرا جدا، أو متأخر جدا، أو عندما يدرك الطفل خبرة هذا التدريب على أنه محبط جدا فإن ذلك يؤدي إلى الوسواس القهري.

وينظر أصحاب النظرية السلوكية لاضطراب الوسواس القهري على أنه سلوكا متعلما تم دعمه عن طريق المخرجات أو النتائج التي يؤدي إليها إحدى هذه النتائج وهو خفض القلق والخوف، ومن ثم فإن اكتشاف ذلك بالنسبة للفرد يؤدي به إلى تكرار نفس السلوك.

في موضوع ذات صلة يمكنك تحميل مذكرة تخرج بعنوان الصحة النفسية لدى الشخصية الوسواسية القهرية رابط تحميلها هنا .

5 - تشخيص اضطراب الوسواس القهري

يصنف اضطراب الوسواس القهري ضمن اضطرابات القلق في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات العقلية، وقد وضعت محكات تشخيصية للوسواس القهري والأفعال القهرية كالآتية:

5-1- الأفكار الوسواسية:

- أفكار متكررة ومستمرة، إندفاعات أو تخیلات يخبرها الفرد في أغلب الأوقات أثناء شعوره بالاضطراب وتبدو مقحمة وغير مناسبة وتسبب قلق أو ضيق.
- يحاول الشخص تجاهل أو قمع هذه الأفكار والاندفاعات والتخيلات، أو يحاول تجسيدها (بطلها ببعض الأفكار أو الأفعال الأخرى).
- يعرف الشخص ان هذه الأفكار هي من نتاج عقله وليست مفروضة عليه من الخارج.

5-2- الأفعال القهرية:

- سلوكيات متكررة قد تكون ظاهرة مثل: غسيل الأيدي، الترتيب، الفحص، أو تصرفات عقلية قد تكون غير ظاهرة مثل: تكرار طقوس معينة في الصلاة، تكرار عدد ما، ترديد كلمات في صمت، مع شعور المريض بأنه مدفوع إليها ويكررها وفق نظام صارم
- تهدف السلوكيات والتصرفات العقلية إلى وقاية أو خفض الضيق أو تكون وقاية من المواقف والأحداث التي تسبب رهبة، مع إدراك المريض أن هذه السلوكيات والتصرفات العقلية زائدة وغير معقولة، وذلك لعدم وجود علاقة واقعية بين هذه الأفعال وبين ما يريد المريض تجنبه أو جعله حياديا أو يريد منعه من الوقوع، أو يكون القيام بهذه الأفعال مقبولا لوجود علاقة، ولكن تكرار السلوك أو شدته تكون زائدة عن الحد وقد يكون شكل السلوك على خلاف ما تم التعارف عليه. (كنزة زروق 2018:56)

وتحدد الجمعية الأمريكية للطب العقلي في تصنيفها الرابع تشخيص اضطراب الوسواس القهري اذا تجاوزت الوسواس والأفعال القهرية مدة ساعة في اليوم. (freeston et al: 1996).

6 - مآل اضطراب الوسواس القهري

نستطيع أن نقول بالإجمال أنه قبل عشر سنوات كان حوالي نصف إلى ثلث الحالات تتحسن في غضون خمس سنوات، على الرغم من نوع العلاج والتي يركز تأثيرها على تقليل التوتر والقلق والاكتئاب المصاحب للوسواس القهري تاركا الوسأوس لتشفى تلقائيا، وكان ينظر سابقا لمصير الوسواس القهري على أنه أسوأ من باقي الأم ارض النفسية، ولكن الأبحاث أثبتت أن مآل المرض يوازي بقية الأمراض العصبية. (ايمان دليل، 20015:54) والجدير بالذكر هنا تحول بعض حالات الوسواس القهري إلى مرض شبيه بالفصام، ويختلف العلماء في تفسير مدى هذا التحول وترأوت النسبة ما بين (1) إلى (12) أما في مصر فقد وجدت أن (80%) من الحالات قد تحولت في غضون خمس سنوات من الوسواس القهري إلى أع ارض ذهانية شبيهة بالفصام.

و تفيد الأبحاث الحديثة وعلاج المتابعة أن حوالي (70) إلى (80%) من مرضى الوسواس القهري يتمثلون للشفاء بعد استعمال العقاقير المثبطة لاسترجاع السيروتونين التي تزيد في المستقبلات العصبية مع العلاج السلوكي ولكن تزيد نكسة المرض بعد التوقف من العلاج الكيميائي والسلوكي، ويجب أن يستمر العلاج لمدة لا تقل عن 6 شهور، وقد تستمر إلى عدة سنوات.

ويعتقد انسل 1990 Hansel أن الذهان الناتج عن الوسواس القهري يختلف أساسا عن الفصام ويحتمل أن يكون نوعا مستقلا من الذهان له مسبباته البيئية ومصير مختلف عن الفصام أحمد عكاشة، 2003:184)

7- علاج اضطراب الوسواس القهري

تتعدد المداخل العلاجية لعلاج اضطراب الوسواس القهري ويمكن تلخيصها فيما يلي:
العلاج التحليلي:

من خلال تمكين المريض من أن يتعرف إلى الصراع الكامن عن طريق إبطال كبت الصراع اللاشعوري مع تحليل متعمق للدفاعات الوسواسية القهرية، وإن كانت العديد من الدراسات التي تناولت مدى شفاء الوسواس القهري باستخدام العلاج بالتحليل النفسي قد أثبتت قلة كفاءته. (محمد غانم، 2007: 83-84)

ترى نظرية التحليل النفسي أن الأعراض الوسواسية القهرية عبارة عن رموز لاشعورية متصارعة بين الفرد والمجتمع وذلك لعدم تقبل الجنس أو العدوان وهي ترى أن هذه الأعراض قد تستخدم لخفض القلق وضبطه وذلك لمنع هذه الاندفاعات المتصارعة من الظهور، ولقد كتب فرويد عام 1909 حول حالة تعاني من الوسواس القهري، حيث وضع نظريته العلاجية حول هذا الاضطراب على أساسها وأكمل المتدربون على العلاج بالتحليل النفسي وساروا على نهجه حيث أروا أن هذا الاضطراب ما هو إلا فرع من الاضطرابات الجنسية التي عالجوها على نهج، فرويد فهدف العلاج بالتحليل النفسي هو الوصول إلى المناطق اللاشعورية عن طريق تشجيع المريض على الكلام حول مشاكله في الجلسات العلاجية، ويقوم المحلل النفسي باستخراج العوامل الخفية في المشكلة ويحاول فهم أسبابها.

7-1- العلاج السلوكي

ويعتمد هذا النوع من العلاج على نظريات الاشراف في التعلم، وله طرائق فنية متعددة أهمها التعرض للمثيرات الوسواسية، والمنع الحازم للطقوس القهرية، وقد اتضح أن التعرض يقلل من الضيق الوسواسي، أما منع الاستجابة فيقلل من الطقوس والجمع بينهما ضروري.

7-2- العلاج المعرفي:

المنحى المعرفي مدخل مهم لفهم أسباب اضطراب الوسواس القهري ومن المتوقع أن تتبع منه طريقة أو طرق علاجية معرفية محددة ويستخدم الآن العلاج المعرفي مع العلاج السلوكي في وحدة تتعامل مع مختلف جوانب الاضطراب حيث يوضح "بول" سالكوفسكس " وهو متخصص في المنحى المعرفي أن الإستراتيجيات المعرفية يمكن أن تستخدم بالاشتراك

مع التعرض ومنع الاستجابة كما أن هناك مجالا ضيقا لاستخدام العلاج المعرفي منفصلا عن التعرض.

يستهدف العلاج النفسي المعرفي التشوه المعرفي لدى مريض الوسواس القهري والذي يظهر ضمن حلقة مفرغة والذي ينشط هذه الحلقة التحفيز المفرط غير طبيعي، الذي يجعل المريض في حالة تأهب دائم. مما يدفع به إلى القيام بطقوس معينة بشكل قهري. والعلاج النفسي المعرفي محاولة لكسر هذه الحلقة المغلقة عن طريق التعامل معتقدات المريض. (ايمان دليل، 2015: 55-56)

7-3- العلاج البيئي الاجتماعي

حيث يحتاج المريض أحيانا إلى تغيير مكان العمل أو السكن حتى يبتعد عن مصدر الوسواس خاصة إذا كانت له علاقة بالخوف من الأمراض أو التلوث بميكروبات أو طقوس حركية خاصة (محمد غانم، 2007: 84)

7-4- العلاج بالأدوية:

في الأونة الأخيرة تم الاستفادة في علاج الوسواس من علاج تعاطي المخدرات حيث تم تطوير الجزيئات التي تمنع امتصاص السيروتونين على المستوى المركزي والذي من شأنه أن يظهر مدى فعاليته في مكافحة الوسواس بشكل صحيح. JEAN- Christophe (1999, et all, "الإمبيرامين" «Imipramine» "كلور أميب ارمين" «Clorimpramine»: إفتراض أن مرض الوسواس يشكون من نقص في السيروتونين في مناطق الاشتباك العصبية الدماغية، مما أسرع إلى استخدام الأدوية المضادة للاكتئاب ذات التأثير النوعي على السيروتونين في علاج اضطراب الوسواس والأفعال القهرية وهما الدوائين السابقين الذكر.

- عقار الكلوميبرامين: « Clomipramine »: أشارت نتائج دراسة إلى وجود تحسن ملحوظ لدى مجموعة علاجية) استخدمت العقار مدة 1 أسابيع)، كما أشارت أيضا إلى أن العلاج بالعقاقير لا يكون مفيدا في معظم الحالات إذا كان الأمر يتطلب علاج طويل المدى.

- كما تفيد دراسات أخرى عن نتائج باهرة تحققها الأدوية المضادة للاكتئاب الثلاثية الحلقة بخاصة وأيضا مثبطات الكلوميبرامين (الأنافرانيل بمقادير عالية تصل إلى 150-200 ملغم يوميا) وأيضا مثبطات أحادية أمين الاكسيداز MAOI، ولكن الأعراض الوسواسية غالبا ما تعود ثانية عندما يوقف إعطاء هذه المستحضرات.

5-7- العلاج الكهربائي:

الصددمات الكهربائية ليست علاجا أساسيا أو أوليا في مريض الوسواس، ولكن إذا عانى المصاب من كآبة وميلانخوليا وعلل جسمية ووساوس المراق وميول انتحارية فعندئذ يكون العلاج الكهربائي في محله.

6-7- العلاج الديني الروحي

لابد من الإنسان أن ينهي من الاسترسال في وساوس الشيطان التي تغزو دماغه أو عقله، وذلك من خلال اللجوء إلى قراءة القرآن الكريم لدفعها، ويعلم أنه يريد إفساد دينه وعقله بهذه الوسوسة، فينبغي أن يجتهد في دفعها بالاشتغال بغيرها كنزوة رزوق، (2018: 65-67).

8- الفرق بين الوسواس القهري والفوبيا

لفوبيا والوسواس القهري كلاهما من الأمراض النفسية، لكن تتميز الفوبيا أو الخوف المرضي أو الرهاب بأنها الخوف الشديد من أمر أو موقف أو حالة معينة. ويغيب هذا الشعور عند تجنب الأمر أو عند انتهائه، مثل فوبيا الأماكن المغلقة، حيث تظهر الأعراض عند وجود الشخص في مكان مغلق ويحاول تجنب التعرض لهذا الأمر. يمكن أن يصل لك إلى حد منعه من القيام بالأنشطة اليومية والمهمة مثل الذهاب إلى العمل أو الاختلاط بالناس وغيرها من الأمور.

أما الوسواس القهري فهو اضطراب نفسي يتكون من أمرين، الأول هو الوسواس وهي عبارة عن أفكار ملحة ومتكررة ترأود الشخص باستمرار مثل تلوث الأسطح، أو عدم الشعور بالأمان، أو انعدام الترتيب والنظام. هذه الأفكار الملحة والشديدة تجبر الشخص على القيام

بأفعال معينة للتخلص منها وهو ما يعرف بالقهر. لذلك يستمر المريض بغسل يديه مراراً أو مسح سطح معين ليتخلص من هذه الأفكار الملحة.

خامساً - الفوبيا

1- تعريف الخوف:

الخوف هو حالة انفعالية طبيعية تشعر بها الكائنات الحية في بعض المواقف، فيظهر في أشكال متعددة وبدرجات تتراوح بين مجرد الحذر والهلع والرعب انفعال قوي غير سار ينتج عن الإحساس بوجود خطر ما وتوقع حدوثه". (محمد خير أحمد الفوال، 2006، ص4).

2 Phobia - تعريف المخاوف المرضية "الرهاب"

- الرهاب لغة:

رهب خاف، والرهبان الخوف العظيم، والرهبانية هي الزهد في الدنيا، والترهيب التعبد. عقيلان العتيبي (2005، ص 22)

- إصطلاحاً:

والتي تعني الرعب Photos من الكلمة الإغريقية phobia اشتق مصطلح الفوبيا أو الخوف. وقد بدأ الاستعمال العلمي لهذا المصطلح مع مطلع القرن التاسع عشر. ويعرف "سترنج" المخاوف المرضية بأنه: خوف شاذ، أو غير منطقي، أو غير عقلاني يمارسه الفرد كنوع من الدفاع ضد القلق. و هو خوف مؤلم وحاد (المرجع السابق، ص 17).

- ويعرف في الموسوعة البسيكياترية بأنه: خبرة الخوف الزائد المستمر المتعلق بموضوع أو موقف لا يدل مصدره على خطر ما، ويزداد القلق لدى المريض عند الاقتراب من الموقف المخيف وهناك ثلاث مكونات رئيسية للمخاوف المرضية وهي:

أ- الخبرة الذاتية من الخوف والقلق نتيجة الاحتكاك بموضوع مخيف

ب- تغيرات فيزيولوجية مرتبطة بالقلق

ج- نزعات أو ميل سلوكية لتجنبه أو الهرب منه (جابر هجيرة حمدي، نادية 2007-2008، ص 38)

- الخوف والقلق:

إن كلمتي الخوف والقلق غالبا ما يتم استخدامها بصورة تبادلية فردود الأفعال البدنية إزاء الخوف تتشابه إلى حد بعيد ويتأثر الجهاز العصبي اللاإرادي بهما ويؤثر على الجهاز المعدي المعوي ويزيد من إفراز الأدرينالين ويزيد من معدل نبض القلب.

وقد أوضحت هوري أوجه الشبه بين الخوف والقلق إذا رأت إنهما يعتبران استجابة لموقف خطرو يحدثان حاله من التوتر وعدم الاستقرار يصاحبها تغيرات جسمية وقد يكون الخوف بداية لوجود القلق، كما أن القلق والخوف يدعوان الفرد للدفاع عن الذات اما أوجه الاختلاف بينهما فتتجلى في أن سبب الخوف يكون معروفا دائما، وهذا ليتوفر في حالات القلق، ويهدد القلق الشخصية بدرجة كبيرة ويجعل الفرد يشعر بالعجز اتجاه الخطر. (محمد خير أجمد الفوال، 2006، ص 15-16).

3- تفسير نشأة المخاوف المرضية:

3-1- مدرسة التحليل النفسي:

كان فرويد أول من حاول تفسير نشأة الخوف المرضي، وهو يرجع الإصابة بالخوف الشاذ إلى الرغبات الجنسية اتجاه الوالد من الجنس المضاد لجنس الطفل أو الخوف من الخصاء عند الذكر. (عبد الرحمان العيسوي، 1996، 157).

كما أبرز فرويد تناول الواضح والمباشر لمفهوم الرهابات في إطار بحثه عن عصابات الدفاع مقارنا إياه بكل من الهيستيريا والوساوس. فقد أدرج الرهابات في مقاله عن "الوساوس والرهابات 1895" ضمن السجل العصابي جاعلا الفرق بينهما يكمن في طبيعة وكيفية تصريف القلق الذي تحتويانه. ويرى أن هذا القلق في الرهابات المتمثل في الحالة الانفعالية يظهر على شكل حصر وخوف (عبد الرحمان سي موسي محمود بن خليفة، 2010، ص

أن المخاوف المرضية أساس جميع الحالات العصابية وأن هذه المخاوف المرضية تحدث بسبب إسقاط وإزاحة لبعض الرغبات أو الدوافع اللاشعورية على موضوعات أو مواقف خارجية لأن هذه الرغبات تثير قلقا داخليا لا يمكن تجنبه، لأن مصدره في الداخل وإذا نجح الفرد في إبدالها بموضوعات خارجية فإن مصدر وقد سلم فرويد في كتاباته المبكرة بأن القلق ينشأ عن تحول الفيزيولوجي للطاقة الليبيدية (الغريزية)

إلى أعراض حتمية للقلق، دون، توسط من الآليات النفسية، فهو ينشأ عن طاقة جسمية غير مفرغة ولعل أشهر الحالات التي عالجها فرويد وفقا لهذا التصور حالة الطفل "هانز" 1909 والذي كان يخاف من الخيول ولا يجرؤ على مغادرة منزله. وقد كشف فرويد أن هانز عندما كان في السن الثالثة كان مهتم باستكشاف عضو التذكير في جسده. وعندما ضبطته أمه هددته بقطع ذلك العضو. (كتاب بن عقيلان العتيبي 2005، ص ص 2928).

وإن عناصر تكوين الخوف بالنسبة لنا هي التالية: بما أن هانز متعلق بوالدته، فإن الرعب الذي تلوح به يتنامى مع تهديداتها بالخصاء والتخلي عنه كما أن خوفه أصبح أكثر حدة مع أول مواجهة فقبل ظهور أعراض الخوف عنده. شاهد الولد دفنا، وفيما بعد شاهد حصانا ملقى على الأرض وظنه ميتا إن أول مواجهة مع الموت هي حدث شديد القسوة في حياة الطفل ويمكن أن يسبب لدى من هو شديد الحساسية قلقا إضافيا إلى جانب خوفه من الخصاء.

ويمكن أن نستنتج إذن أن الخوف من الخيول له سببين:

أ- الخوف من الآلام بسبب تهديدات الأم بالخصاء

ب- الخوف من القلق

وتلافيا لهذين الخوفين عزز هانز خوفا تحميه من مشهد الخيول، و يعفيه من شكلي

القلق معا (أريك فروم ترجمة طلال عتريسي 1988، ص 92).

3-2- السلوكية ونظرية التعلم:

أوضحت الدراسات عديدة منها دراسات كل من "ليوتس" "أوست" "هوغال" واطسون "ايزنك" و "سيمندر"، أن التشريط الكلاسيكي للخوف يحدث عندما يستدعي مثير مزعج يسبب الخوف في وجود مثير محايد، فيصبح هذا المثير المحايد سببا للخوف بصورة مستقلة عن المثيرات غير الشرطية (عادل شكري محمد لأمين 2005، ص 71).

يركز السلوكيون الجدد على الإشرط الكلاسيكية ونشأة الأعراض العصابية ومن بينها المخاوف المرضية، و قد سلم واطسن بثلاث أنماط ذات أهمية في الإستجابات المثيرة للعاطفة، وهي الخوف، الغضب، الحب، و فكرة الخوف ناتجة عن مثير بسيط يقع داخل ثلاث فئات الضوضاء العالية، فقدان الأهل الارتباط الفيزيقي 1980 تفسير فرويد لحالة الطفل الذي خاف من الحصان Michel Michel وقد رفض حيث أوضح أن الطفل قد تعلم خوفه من الحصان من خلال ارتباطه عنده بخبرات مؤلمة وليس الخوف من الحصان أي علاقة بحبه لأبيه أو كراهيته له. (<http://www.b66k.com>)

وتجربة واطسون على الصبي "ألبرت" توضح علاقة التعلم بالخوف، حيث أعطى لألبرت فأر أبيض ليلعب معه لمدة ثلاثة أسابيع، لم يكتف ألبرت بإظهار عدم خوفه بل أظهر ألبرت حبه له فكان يمسك بالفأر ويحمله بنفس الطريقة التي يلعب بها الطفل مع الدمية أو كلبه، وبعد ثلاث أسابيع تم إجراء جديد، فعندما كان الصغير "هم" ألبرت "بإمساك الفأر تم إحداث صوت عال مخيف، فقد الصغير توازنه ثم سقط على وجهه وبكى وأعيدت العملية مرة الثانية بعد وقت ففزع الطفل فزعا ملحوظا. وخلال مرات قليلة لم يحاول ألبرت التقاط الفأر فقط، بل كان يظهر كل الأعراض المعتادة للخوف عند ما يوضع الحيوان على مرأى منه (ألبرت فرجيوني وآخرون، 2005، ص 149).

3-3- نظرية التعلم الاجتماعي:

صاحب نظرية التعلم الاجتماعي موقف الحتمية A.Bandura ويتبنى البرت باندورا المتبادلة والذي يصور التفاعل بين السلوك والمحددات الداخلية للفرد مثل (الدوافع والخبرات)، والمحددات الخارجية (البيئة) كما لو كانت نظاما متشابكا من التأثيرات المتبادلة، كل على الآخر دون وزن لإحدهما عن العاملين الآخرين. وبناءا على هذا الموقف فإن السلوك الإنساني وظيفة للمحددات السابقة المتعلمة واللاحقة المحددة، وتلك مجموعة متغيرات معرفية في طبيعتها تحدث من ملاحظة الإنسان لنتائج سلوكه أو سلوك غيره. فقد أكد أننا نكتسب من مشاهدة الآخرين وهم يقومون ببعض النماذج السلوكية سلسلة ضخمة من السلوكيات تتراوح من الأفعال والنشاطات الحركية البسيطة كالسباحة ولعبة كرة القدم إلى أنواع السلوك الاجتماعي المركبة ك القيم والاتجاهات وطرق التعبير عن المشاعر والأفكار. فقد دمج باندورا عدة عوامل وحاول تقديم نظرية تتصف أكثر بالشمول (العوامل البيولوجية والبيئية والمعرفية)، وقدر كبيراً من سلوكياتنا يتم عن طريق التعلم بالملاحظة والإقتداء، وحتى السلوك المرضي وخاصة الخوف فإن الأطفال يمكن أن يتعلموا استجابة الخوف من والديهم الرهابيين اعتبر (إلهام خليل، 2004، ص 196)

3-4- النظرية المعرفية:

تقوم المدرسة المعرفية على فكرة رئيسية هي أن الانفعالات التي يبدئها الناس إنما هي نتيجة لطريقة تفكيرهم. ووفقاً لهذه الفكرة فإن النظرية تركز على الحساسية الكبيرة لدى الأشخاص الذين يعانون من الرهاب للإشارات المنبهة للخطر وتعتبر الأفكار التي يكونها الفرد عن نفسه والآخرين وعن الوقائع السبب الرئيسي للخوف (بن عقيلان العتيبي 2005، ص ص 33، 34).

إن النموذج المعرفي يفترض أن الحالات المرضية المختلفة تتميز بمخططات معرفية محددة، فمثلاً الاكتئاب يرتبط بالمخطط السلبي للفشل والضياع والفراغ أما القلق فيتميز بالتهديد والتوجس والغضب وتتميز بـ البارانونيا بموضوعات تتعلق بالريبة والخوف من السيطرة ومؤامرات الآخرين (بلحسيني وردة 2010-2011، ص 49).

وتعتبر الاضطرابات مثل القلق والرهابات أساسا كاضطرابات في التفكير تنتج حينما يركز الفرد على نواح سلبية من المواقف، في حين يتجاهل أو يهمل ملامح بارزة أخرى، وبهذه الطريقة يفقد الفرد الموضوعية ويشوه الحقيقة (حسين فايد 2008، ص 96).

و قد أثبتت دراسات محددة أن بعض استجابات الخوف ترتكز على أخطاء معرفية ويمكن التغلب عليها عن طريق التصحيح المعرفي وعلى أساس هذه الأدلة افترض كل من " ، " أن المخاوف العصائية لها WOLP 1981 وولب RICHMAN 1977 " ريغمان مصدران مختلفان بعضهما يصدر عن الخبرات الشرطية، بينما تنتج بعضها الآخر عن معلومات غير صحيحة، و بالتالي يمكن أن تنمو المخاوف معرفيا عن طريق المعلومات التي قد تكون إما دقيقة أو زائفة. مثال ذلك الشخص الذي لم يتعرض لحادث سيارة، ويكون خائفا من أن يتعرض لحادثة عن طريق سائق متهور، وهذا الخوف لم ينتج عن الشريط الكلاسيكي ولكن نتيجة للمعلومات المعرفية. (جابر هجيرة حمدي نادية، 2007-2008)

4- أعراض الخوف وخصائصه الإكلينيكية:

4-1- التغيرات الجسمية والفيزيولوجية:

تتراوح بين تغيرات خارجية يمكن ملاحظتها كالتغير في ملامح الوجه، كاتساع عيني الخائف تشتت نظراته وكذلك اصطكاك الأسنان ويقف الشعر، كذلك تغير لون البشرة والوجه والجسم إلى اللون الأصفر، وإذا اشتد الخوف واستمرت حالته لفترة طويلة فإن لون البشرة والأطراف يتحول إلى اللون الأزرق المشوب بالصفرة، كذلك الأطراف تصبح عشوائية أحيانا وقد تنهار قوى الخائف فلا تستطيع رجلاه حمله فيرتمي على الأرض، ويحدث تغيير في الصوت فيعجز عن السيطرة على أجهزة النطق

- التغيرات داخلية مصاحبة للخوف منها:

- تغيرات في سرعة القلب والدورة الدموية فيزداد ضغط الدم في الحالات الحادة من الخوف يعمل القلب بسرعة تفوق طاقته.

- يشتد التنفس وتضطرب سرعة الشهيق والزفير في بغض الحالات قد ينعكس الوضع فيكاد يتوقف التنفس
- يتدفق هرمون الأدرينالين الذي تفرزه الغدتان فوق الكليتان بشدة في الدم.
- حدوث نشاط كبير في الجهاز العصبي وفي الحالات التي يصل فيها الخوف إلى حد تضعف قدرة وذكاء المخ بحيث قد يصل الأمر إلى حدوث شلل مؤقت أو مستمر.
- تحدث تقلصات عضلية في ردود الفعل الانعكاسية .

4-2- التغيرات المعرفية:

تضعف عدة عمليات معرفية عدة مثل الإدراك والذاكرة.... وحتى يحدث التغيير على مستوى الأفكار فلا يستطيع تقديم فكر مترابط يعول عليه وربما إلى تفكير طفلي، بل تأتي غير منسقة وربما يقول الخائف كلاما يعطي المعنى العكسي لما يقصده من معاني

4-3- التغيرات الوجدانية:

تتميز الحالة الوجدانية للإنسان عند الخوف بالتقلب وعدم الثبات الانفعالي فيكون متقلب بين العواطف المتعارضة، كذلك الشخص الخائف يتذبذب بين مشاعر الخوف والغضب وإن كان إلى الخوف أكثر ويفسر بأن هناك تداخلا بين انفعاليين بحيث يظهر أحدهما في وجود الآخر متلازمين وإذا ما اشتد الخوف فإنه يخطر في سلسلة الانفعالات الشديدة وقد يصيبه الإغماء وفقدان الوعي وقد تظهر أعراض هستيرية في سيطرة الخوف عليه. وقد يصاب ببعض الهلوسات البصرية والسمعية في صورة أشباح مخيفة تتربص به أو تهديدات يسمعها، وتكثر لدى الخائف الأحلام المزعجة المرتبطة بموضوعات خوف لا نهاية لها.

4-4- السلوك:

يتميز الخائف بضعف الإرادة وعدم فهم الأهداف فيظهر ذلك بعجزه عن النهوض بالأعمال الممنوعة به أو حتى الإرادة المشلولة التي تظهر في العجز عن مجرد البدء في أي عمل.

ويظهر لديه ضعف الأداء والإنجاز، فالخوف لا يحفز على الإبداع كما تصبح علاقاته الاجتماعية ضعيفة فيكون في حالة توجس ورقب والحرص لدى التعامل مع الغير. (نفس المرجع السابق، ص ص 42).

5- أنواع المخاوف المرضية:

هناك نوعان من المخاوف المرضية:

5-1- المخاوف الموضوعية (العادية):

وهي الأكثر شيوعا عند الأطفال مثل الخوف من الرعد والبرق ورجال الشرطة والأطباء والحيوانات والأماكن العالية فقد يخاف الطفل من مقابلة الغرباء، وقد يخاف من الظلام وقد يخاف من الظلام والكلاب والنار أو الحيوانات غير المستأنسة مثل الأسود والنمور الثعابين كذلك يخاف من الأشياء الخيالية التي يتحدث عنها الكبار مثل الأشباح والقرود كذلك يخاف من المدرس والامتحان ويخشى الرسوب فيه، فالطفل بطبيعته يميل إلى المبالغة والتضخيم من هذه المخاوف سرعان ما يزول بنمو الطفل والتضخيم من هذه المخاوف ولكن هذا النوع من المخاوف سرعان ما يزول بنمو الطفل وتعرضه لهذه الموضوعات الطبيعية.

5-2- المخاوف المرضية (الرهاب):

وهي مخاوف غامضة لا يعرف الفرد أسبابه لأنها أصبحت في دائرة اللا شعور، ولا يستند إلى أساس واقعي ولا يمكن التخلص منها أو السيطرة عليها، فقد تكون أسبابها خبرات مؤلمة أو حوادث مفزعة مرت بالطفل خلال طفولته المبكرة، فتظهر أعراض عندما يتعرض الفرد لموقف مثير يشبه الموقف الذي مر به فيبدو على الفرد التوتر والاضطراب دون أن

يدري بسبب هذا الخوف وهناك فرق بين الخوف (العادي) وبين الخوف المرضي الفرق بين الخوف العادي والمرض:

5-3- الخوف العادي

غريزة وهو حالة يحسها كل إنسان في حياته العادية حين يخاف مما يخيف (حيوان مفترس فحين يشعر الإنسان باقترابه ينفعل ويخاف ويقلق ويسلك سلوكا ضروريا للمحافظة على الحياة هو الهرب.

فالخوف العادي هو خوف موضوعي

5-4- الخوف المرضي

فهو شاذ ودائم ومتكرر ومتضخم مما لا يخيف في العادة، ولا يعرف المريض له سببا مثال: الخوف المرضي من الموت أو العفاري.

وينشأ الخوف المرضي من التجارب القاسية المؤلمة التي يتعرض لها ولا يقوى على احتمالها، فعندما يفزع الطفل الصغير من الكلب فزعا شديدا فيعني ذلك أن الكلب ارتبط في عقل الطفل بذكرى مؤلمة. (نبيلة عباس الشوريحي 2003، 144)

5-5 - أنواع استجابات الخوف: Reaction

- المخاوف المرضية كي: Agoraphobia

- الخوف من المرتفعات: Acrophobia

- الخوف من الأماكن المفتوحة

- الخوف من الأماكن المقفلة: Claustrophobia

-Allurophobia

-Aqua phobia

- الخوف من القطط

- الخوف من الزهور: Amphobia

- الخوف من الماء
- الخوف من البرق: Astraphobia
- الخوف من الرعد
- الخوف من الحصان: Equumophobia Prontophobia
- Cynophobia
- الخوف من الكلاب
- الخوف من الصاعقة: Keraunophobia
- Mysophobia
- Zoophobia
- الخوف من الميكروبات
- الخوف من العدد: Numerophobia
- الخوف من الحيوان
- الخوف من التعابين: Ophidophobia
- الخوف من النار
- (مجدي أحمد محمد عبد الله، 2000، ص ص 177 - 178).
- Pyrophobia
- Herpetophobia
- الخوف من الزواحف
- الخوف من الغرباء: Oxoneophobia
- Pathophobia
- الخوف من الأمراض
- الخوف من البحار والمحيطات: Thalassophobia
- Acarophobia

- Neophobia

- الخوف من الحشرات

- الخوف من كل ما هو جديد

الخوف من الزواج: Gamophobia

(عبد الرحمان العيسوي، 1996، 164163).

6- المحكات التشخيصية للمخاوف المرضية "الرهاب":

تتدرج المخاوف المرضية وفق الدليل الإحصائي التشخيصي للاضطرابات العقلية DSM IV الصادر عن رابطة الطب النفسي الأمريكي، ضمن اضطرابات القلق وهو الأمر الذي استقرت عليه الرابطة منذ إصدارها الثالث في عام 1987. بعد أن كان الدليل الثاني يضع المخاوف المرضية ضمن فئة مستقلة قائمة بذاتها داخل مجموعة الأمراض العصبية. وتشمل المخاوف المرضية وفق التصنيف التشخيصي الرابع للرابطة على ثلاثة أنواع:

6-1- رهاب الساحة أو الخلاء

الرهاب الاجتماعي رهاب المحدد أو النوعي (بن عقيلان العتيبي 2005، ص 17) إلى زمرة من الرهابات المترابطة Agoraphobia يشير مصطلح " رهاب الساحة " والمتداخلة تشمل مخاوف مغادرة المنزل، أو الدخول إلى المحلات التجارية أو المناطق المزدحمة أو الأماكن العامة أو السفر وحيدا في القطارات أو الحافلات أو الطائرات وبالرغم، إلا أن هذا Avoidance Behavior من تباين شدة القلق ومدى سلوك التجنب الاضطراب هو أكثر اضطرابات الرهاب إحداثا للعجز. بل إن بعض الأشخاص يضلون رهائن داخل المنزل تماما. وكثير من المرضى يرتعدون من فكرة ان ينهاروا في مكان عام ويتركوا دون مساعدة إن عدم وجود مخرج متاح من المكان هو أحد السمات الجوهرية في المواقع التي تثير رهاب اغلب المرضى من النساء، ويبدأ الاضطراب عادة في مقتبل العمر.

(ICD/10,.(145,1999)

معايير تشخيص رهاب الساح، DSM وقد حدد الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع كما يأتي:

"Agoraphobia" -2-6

أن يكون الشخص المصاب في مواقع أو حالات قد يكون الهروب منه صعبا أو محرجا أو لا تكون المساعدة ممكنة يتضمن الخوف في رهاب الساح بشكل نموذجي من مجموعات وصفية من المواقف التي تشمل كون المصاب خارج البيت لوحده، أن يجد نفسه ضمن حشد أو في صف أو على جسر يسافر في حافلة أو قطار أو سيارة ملاحظة: ضع في الحسبان تشخيص رهاب نوعي إذا اقتصر التجنب على موقف واحد أو بضعة مواقف نوعية.

تجنب المواقف (مثل أن يحدّد (السفر) أو تحملها مع ضائقة شديدة ومع قلق من أن B يحدث لدى الشخص هجمة هلع أو أعراض شبيهة بالهلع، أو يتطلب وجود مرافق ولا يعزل القلق أو التجنب الرهابي باضطراب آخر كالرهاب الاجتماعي (مثال التجنب C) المحصور بالمواقف الاجتماعي بسبب الخوف من الإحراج، أو الرهاب النوعي (مثال التجنب الخاص بموقف واحد مثل المصاعد)، الوسواس القهري (مثل تجنب القذارة عند شخص لديه وسواس حول التلوث). (DSM IV, 1994,110)

فقتصر على مواقف شديدة النوعية Specific phobia أما الرهاب المحدد أو النوع مثل الاقتراب من الحيوانات بعينها، أو الأماكن المرتفعة أو الرعد، أو الظلام، أو الأماكن المغلقة، أو التبول أو التبرز في مراحيض عامة أو تتأول مأكولات بعينها، أو زيارة طبيب الأسنان أو منظر الدم أو الجروح أو الخوف من التعرض لأمراض معينة وبالرغم من أن الموقف المطلق للرهاب منفصل، إلا أن التعرض له قد يثير هلعا كم في حالات رهاب الساحة أو الرهاب الاجتماعي. وتبدأ الرهابات النوعية عادة في الطفولة أو باكرا في حياة الكهولة وقد تستمر عشرات السنين إذا لم تعالج (ICD/10.1999.147)

(معايير تشخيص الرهاب DSM I) وقد حدّد الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع كما يأتي
Specific phobia النوعي المحدد "

خوف ملحوظ ومستديم، وهو زائد وغير معقول تكون إشارة البدء فيه وجود أو توقع A-
موضوع أو موقف محدد (مثال: الطيران، المرتفعات الحيوانات أخذ حقنة، رؤية الدم).
- التعرض لمنبه رهابي دائما تقريبا (استجابة قلقية مباشرة، والتي قد تتخذ شكل هجمة B
هلع مرتبطة بالموقف أو يهيئ لها الموقف).

مع ملاحظة أنه بالنسبة للأطفال فهم يعبرون عن القلق عن طريق البكاء أو صورة الغضب
أو التجمد أو التعلق والتشبث

- يدرك الشخص أن هذا الخوف مبالغ فيه أو غير معقول. C.
- يتجنب الموقف أو بخلاف ذلك، قد يتحمّله مع قلق شديد أو ضائقة D.
- يتدخل التجنب أو التوقع القلق أو الضائقة من المواقف المخيفة بشكل بارز في الأنشطة
E أو العلاقات الاعتيادية الطبيعية أو المهنية أو أكاديمية أو اجتماعية للشخص، أو يكون
هناك ضائقة واضحة من حصول الرهاب عند الأشخاص الذين تقل أعمارهم عن 18 سنة
تكون المدة 6 أشهر على أقل. F.

- لا يعلل القلق أو التجنب الرهاب باضطراب عقلي آخر. كاضطراب الوسواس القهري، أو
اضطراب الكرب، أو اضطراب قلق الانفصال أو الرهاب الاجتماعي، أو اضطراب رهاب
الساح (DSM IV, 2004, 110)

وهو النوع الثالث للمخاوف ويبدأ عادة في social phobia " والرهاب الاجتماعي فترة
المراهقة وتتمركز حول الخوف من المجموعات الصغيرة نسبيا) على عكس الحشود مما
يؤدي إلى تجنب المواقف الاجتماعية. وبخلاف أغلب الرهابات فإن المخاوف الاجتماعية
تتساوى في شيوعها بين الرجال والنساء. و قد تكون منفصلة) كأن تحدد بالأكل في مكان
عام أو الحديث في مكان عام أو المقابلات مع الجنس الآخر) أو منتشرة فتتضمن كل
المواقف الاجتماعية تقريبا خارج دائرة الأسرة (ICD/10, 1999, 146)

معايير تشخيص الرهاب DSM وقد حدد الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع كما يأتي social phobia الاجتماعي

- وجود خوف مستديم من واحد أو أكثر من المواقف الاجتماعية أو مواقف الأداء في A الجماعة، حيث يخاف الفرد من أن يتصرف بطريقة تثير انتباه وانتقاد الآخرين له، وأن يظهر عليه أعراض القلق مع ملاحظة أنه بالنسبة للأطفال ينبغي أن تتوفر دلائل على مقدرتهم على إقامة علاقات اجتماعية بما يتناسب مع الأشخاص المألوفين وأن يحدث القلق في مواقع تجمع الطفل مع أقرانه وليس فقط في علاقاته مع البالغين

- B التعرض لأي موقف اجتماعي يثير لدى الشخص القلق على نحو ثابت تقريباً. والذي قد يأخذ أحد أشكال نوبات الهلع الملاحظة أنه بالنسبة للأطفال يجري التعبير عن القلق بالبكاء أو ثورات الغضب التجمد عن الحركة أو الانسحاب من مواقف الاجتماعية مع الأشخاص غير المألوفين أن يدرك الفرد أن خوفه مبالغ فيه، أو غير معقول C مع الملاحظة أنه لدى الأطفال قد تكون هذه الصورة غائبة

- يتم تجنب المواقف الاجتماعية التي يخاف منها الفرد، أو أن يتحملها بقلق أو ضائقة D شديدة

- توقع القلق أو الضائقة في المواقف الاجتماعية أو الأدائية المخيفة بشكل بارز في E الأنشطة الاعتيادية الطبيعية من حيث الأداء الوظيفي والمهني (الأكاديمي) أو الاجتماعي أو العلاقات الاجتماعية، أو قد تكون الضائقة واضحة من حصول الرهاب - تكون المدة لدى من تقل أعمارهم عن 18 سنة 6 أشهر على الأقل.

لا ينجم الخوف أو التجنب عن تأثيرات فيزيولوجية مباشرة لمادة (سوء استخدام العقار، G تتأول دواء (أو عن حالة طبية عامة ولا يعطيهما اضطراب عقلي آخر مثل اضطراب رهاب الساح أو اضطراب قلق الانفصال أو اضطراب تشوه شكل الجسد أو اضطراب ارتقائي شامل أو اضطراب الشخصية الفصامية). (DSM IV,2004,111)

7- علاج المخاوف المرضية:

1-7- العلاج التحليلي:

يهدف التحليل النفسي إلى الكشف عن الأسباب الحقيقية والدوافع المكبوتة، والمعاني الرمزية للأعراض وتعريف الكبت وتنمية بصيرة المريض، وتوضيح الغريب وتكوين عاطفة طيبة نحو مصدر الخوف وهذا يتم بالتداعي الحر وتفسير الأحلام والتنويم المغناطيسي. وقد استخدم فرويد اللعب التلقائي في تفسير سلوك هانز واعتبره بمثابة التداعي الحر لدى الكبار وهو ما يفعله أيضا ميلاني كلاين التي رأت بأن الاضطرابات الوجدانية ومنها الخوف تنتهي تماما إذا ما تم تعرف الطفل على منشأ تلك الصراعات.

كما يهدف العلاج التحليلي إلى التعرف الدينامي الذي أدى إلى ظهور الفوبيا ومن الممكن أن تخف المخاوف الحديثة الظهور بالعلاج التحليلي القصير ولكن من الضروري وضع برنامج علاجي شامل لعلاج المخاوف التي عاشت مع الفرد لفترة طويلة (كتاب بن العقيلان العتيبي 2005، ص 39-40)

2-7- العلاج المعرفي السلوكي:

العلاج المعرفي السلوكي عبارة عن مجموعة فاعلة جدا من الإجراءات التي تتضمن التقييم والتخطيط واتخاذ القرارات وتوظيف التقنيات كما يمارس المعالج فيه دورا فاعلا نشطا وداعما مستخدما طيفا واسعا من الفنيات بدأ بالتعليم النفسي والاكتشاف الموجه وصولا إلى لعب الأدوار والتعريض السلوكي الحي المتخيل مما يساعد المريض على التعامل مع أنماط التفكير اللاتكيفي وإخلال طرق التفكير أكثر عقلانية وأكثر توافقا

كما يعتمد العلاج المعرفي السلوكي علاقة علاجية تعاونية بين المعالج والمريض تتحدد في ضوءها مسؤولية الشخصية للمريض عن كل ما يعتقد من أفكار مشوهة واعتقادات لاعقلانية.

وهناك أدلة وافرة من مجموعة واسعة ومتنوعة من معالجات السلوكية والمعرفية على فاعلية العلاج المعرفي السلوكي والتي دلت على أنه المعالجة المفضلة للتعامل مع العديد من الاضطرابات وقد أشارت أحجام الآثار لكل من العلاج العقلاني الانفعالي وتقليل

الحساسية التدريجي وتعديل السلوك إلى أن العميل الذي يتلقى أيا من أشكال العلاج المعرفي السلوكي هذه سيكون أدائه الوظيفي أفضل على الأقل من أداء اللذين لم يتلقوا أية معالجة أخرى. (نفس المرجع السابق، ص 81)

إن الجلسات العلاجية التي تستغرق ساعتين من الزمن هي أكثر فعالية من جلسات متعددة ولكنها قصيرة المدى قبل المباشرة بالجلسة العلاجية يجب أن يعلم المريض المعالج ما يطلب منه من العمل والموافقة على عدم رفض أي جانب من الجوانب العلاجية المطلوبة منه، وإلا فقد يهرب خلال الجلسة العلاجية وبالتالي يصعب إعادته مجددا إلى الدور العلاجي (محمد حمدي الحجار، 1987، ص 228).

7-3- العلاج الدوائي:

لم تباشر أية محاولات حتى الآن للتوفيق بين مثل هذه الصياغات مع المعطيات المدهشة التي جمعت عبر 15 سنة المنصرمة والمتعلقة بنفع الأدوية المضادة للاكتئاب وخاصة في تطويق نوبات القلق وسد منافذها عند Imipramine الدواء المسمى امبرامين المرضى المصاب المصابين برهاب المدرسة ورهاب الأماكن المزدحمة.

لقد برهنت الدراسات السريرية والتجارب أن الهلع والخوف الشديد يمكن إخمادها في جميع وأن بعض التقارير السريرية غير Imipramine الحالات تقريبا بإعطاء عقار امبرامين مثبطات (Maoi) الخاضعة للضغط التجريبي الكلاسيكي أشارت إلى نتائج مماثلة بإعطاء أحادي أمينات الأكسيداز). ومع ذلك فإن القلق المترقب أو قلق الإشارة لا يتأثر مباشرة بهذه الأدوية رغم إمكانية تخفيف نوبات الهلع نفس المرجع السابق، ص 136-137).

و يتضح مما سبق أن المخاوف المرضية هي من الاضطرابات التي تهدم كيان الفرد النفسي وسعادته، وتجعله شخصا آخر غريب عن الآخرين بل غريب على نفسه ومن هذه المخاوف أنواعا كثيرة تضم في جنباتها كل شيء وأي شيء. وعلى ضوء هذا فقد تناولت العديد من النظريات المسببات الأساسية للمخاوف وقام أصحابها بتطوير العديد من العلاجات المختلفة المتكافئة من حيث مستويات النجاح من أجل هدف واحد مشترك وهو المساعدة في جلب الراحة لتلك الحالات التي تعاني من مخاوف.

سادسا - الهستيريا

1: نشأة اضطراب الهستيريا

تعزى كلمة هستيريا منذ زمن مبكر إلى أبو قراط Hapocrates فقد استطاع شفاء بريكاس Perdicas ملك مقدونيا من مرضه الجسمي وذلك عندما قام بتحليل أحلامه. (الداهري، 2005، 66)

ف نجد أن الاضطراب قد ارتبط خطأ بالحسر في مرحلة من المراحل خلال رؤيتهم الإدراكية لمفهوم العرض والمرض، حيث إن تعدد الشخصيات التي تظهر على المصاب بالهستيريا الإنشاقية نظروا لها نظرة التلبس، وبالتالي فإن عقم التشخيص يؤدي لعقم العلاج. فالفكرة التي كانت شائعة في ذلك الوقت هي أن هذا المرض يصيب انقباضات عضلية في الرحم وقد ثبت خطأ ذلك، ولكن المصطلح ما زال مستخدما وهناك مصطلح عربي مقابل للفظ الهستيريا وهو الهرع (زهران، 1976، 441).

وهذا ما جاء عند قدماء المصريين من أساليب علاجية يتخذونها وفق التفسير الذي قام النساء بسبب هو طلب بوضعه أبوقراط حيث أنهم قد اعتقدوا أن سبب تحوله في الرحم في جسم المرأة الإشباع الجنسي وكأن العلاج الذي يقدم آنذاك للمريض من النساء عبارة عن زيوت ذات رائحة زكية تدهن بها الأعضاء التناسلية للمرأة فتساعد على إرجاع الرحم إلى مكانه الأصلي (الداهري، 2005، 66)

وحتى العرب قد استطاعوا أن يتطرقوا لهذا الأمر ولكن بالأمر العقلاني الذي يعمل عقله، حيث إن العرب قد فطنوا أن الأعراض النفسانية تأثيرها في إحداث تغيرات بدنية وأمراض جسمية، وفي إعاقة طريق الشفاء في التعجيل أو التبطي، مما يهدد ذلك توافق الإنسان، وأهم من أشار لذلك من الأطباء ابن عيسى المجوسي 994م الذي قد أشار في كتابه الموسوم بـ (كامل الصناعة الطبية) أن الأمراض النفسية كالغم والغضب والهم والحسد تغير مزاج البدن وتؤدي إلى إنهاك وتولد هذه الأعراض الحميات الرديئة. (ابو النيل 14، 1984)

أما في العصور الوسطى فقد استبعد التفسير الذي كان سائدا عند المصريين واليونان واعتقد الفلاسفة والكهنة أن سبب هذا المرض هو احتواء الأرواح الشريرة لهؤلاء المرضى أما في القرن السابع عشر استبعدت الآراء السابقة بعد إعلان طبيب الملك هنري الثاني Henry أن هذا المرض يصيب الجنسين وأن مصدره المخ وليس الرحم أو الروح الشريرة كما كان يعتقد سابقا. (الداهري، 2005، 66)

الفضل إلى بير جانيه pierre janie في إظهار الأسباب النفسية لهذا المرض حيث قال بأن أعراض هذا المرض ما هي إلا نتيجة تغليب اللاشعور على الشعور وذلك بانفصال بعض عن السيطرة عليها، فتؤدي هذه العناصر المستقلة إلى ظهور الأعراض المختلفة بشكل حاد لغثبات استقلالها فقد تكون هذه العناصر فكرة انفعالا أو نمطا من الحركات أي أن الهستيريا ما هي إلا ردود خاطئة مكتسبة وتعود الأعراض الأساسية فيها إلى تغلب اللاشعور على الشعور العبيدي، (2009، 371)

إلا أن التفسير الذي قلب الموازين، ولأقوى رواجاً هائلاً هو تفسير فرويد Freud Breuer، حيث في عام 1897 أعلن فرويد وبروير في كتابهما (دراسة في الهستيريا) أن أعراض الهستيريا تظهر كنتيجة للذكريات المكبوتة، وهذه الذكريات تعبر عن نفسها في صورة أعراض بدنية، ومن هنا جاء استخدام مصطلح conversion Hysteria. (عسكر، 2001، 200).

2: تعريف الهستيريا:

تتعدد التعريفات التي قدمت لهذا الاضطراب واشتق هذا الاسم من اللفظ الإغريقي Hysteria أي الرحم حيث كان الإغريق يعتقدون أن هذا المرض ينحصر في النساء فقط بسبب انقباضات عضلية في الرحم وقد تثبت خطأ ذلك لكن المصطلح ما زال مستخدماً وهناك مصطلح عربي بلفظ هستيريا وهو الهرع. الهستيريا اضطراب في السلوك تتحول فيه الصراعات النفسية إلى أعراض جسمية وهي تمثل رد فعل مكسب للإحباط الشاذلي:

2001، 118-119). الهستيريا مرض عصابي أولي يتميز بظهور علامات وأعراض مرضية بطريقة لا شعورية ويكون الدافع في هذا الحال الحصول على منفعة خاصة أو جلب الاهتمام أو الهروب من موقف خطير أو تركيز الاهتمام على الفرد وكحماية للفرد من الإجهاد الشديد وغالبا ما يظهر هذا الاضطراب في الشخصية الهستيرية والتي يتوافر فيها وبها العديد من الصفات والسمات عكاشة: 1998، (161).

الهستيريا مرض نفسي عصابي تظهر فيه اضطرابات انفعالية مع خلل في أعصاب الحس والحركة وهو عصاب تتحول فيه الانفعالات المزمنة إلى أعراض جسمية ليس لا أساس عضوي لغرض فيه ميزة ومنفعة للفرد يطلق البعض على الهستيريا اسم الهستيريا التحولية أو رد الفعل التحول أي التي تحول جسما لأمر نفسية. (غان، 2011، 78).

3: أنواع الهستيريا

3-1- الهستيريا التحولية

كان فرويد يطلق هذا الاصطلاح على التحويل الحقيقي لطاقة المريض الجنسية إلى أعراض مرضية والتي كانت في جوهرها رمزية أو كانت تمثيلا رمزيا للدافع المكبوت ولكن ليس من الضروري أن تكون ردود الفعل التحولية معزاة إلى أسباب جنسية كما ذهب فرويد. والحقيقة الثابتة أن الأعراض التحولية تساعد في خفض قلق المريض عندما تعجز حيلته الدفاعية الأخرى عن التأثير (العيسوي: ص 105). وبطبيعة الحال في أعراض الهستيريا التحولية سيكولوجية في شأنها وليست عضوية فالأعمى لا يستطيع أن يرى ولكن عينيته تكون سليمة عضويا وكذلك مراكز الإبصار وخلاياه في المخ والشخص المشلول تكون عضلاته وأعصابه سليمة ومع ذلك لا يقوى على الحركة ومن هنا فإنه يلاحظ وهو يتحرك في أثناء النوم ويحرك أحزاه المشلولة حركة طبيعية). وقد يفقد المريض الإحساس فيشكو أنه أصبح عاجزا عن التذوق أو الشم وقد يفقد المريض الإحساس بالضغط أو بالألم فوق الجلد ويطلق على هذا العرض التخدير وقد يفقد الشهية، وقد يصاب المريض بالحساسية الحسية المفرطة أو الزائدة كان يشعر بالألم من التعرض لقدر عادي من الإضاءة أو

الأصوات وقد تصبح بعض أجزاء من جسمه ملتهبة وقد يشعر بألم شديد في ظهره أو في بطنه. وعندما تتماثل الأعراض الجسمية للشفاء تأخذ الأعراض الحصرية في العودة، وفي قليل من الحالات تستمر الأعراض الحصرية جنبا إلى الأعراض التحولية. (شاذلي: 2001، 290).

2-3 - الهستيريا التفككية

وتمتاز بأن أعراضها تكون على مستوى الوعي وليست على مستوى الأعراض الجسمانية كما رأينا في الهستيريا التحولية، وذلك يعني تغيرا في وظائف الوعي حيث يتغير سلوك الإنسان وتصرفاته، فقد ينسى المريض شخصيته التي يعرفها الناس ويتقمص شخصية أخرى يتصرف من خلالها بعض التصرفات ثم يعود مرة أخرى إلى شخصيته الأصلية وينسى كل ما قام به، وتسمى مجموعة هذه الأعراض بالاضطرابات الانشاقية أو التفككية. (الميلادي: 2006، 93).

3-3 - الهستيريا التشنجية

موجات رسوم تمثل الحالات الشديدة جدا ويوجد شبه كبير بينها وبين حالات الصرع الكبير، إلا أن الفحص الدقيق يكشف عن فرق بينهما من ذلك أن الهستيريا لا يؤدي نفسه أثناء السقوط ولا يفقد الوعي فقدنا كلياً أو مطلقاً ولا يعرض لسانه أو يفقد السيطرة، كما تختلف المخ عنده عن الشخص المصروع.

وفي نوبات الهستيريا الخفيفة يفة الفرد على السيطرة على انفعالاته الحسية فيبكي ويضحك في نفس الوقت ويلقي بنفسه في هوة وفي نهاية النوبة يصبح المريض طبيعياً نسبياً ويواصل أنشطته اليومية وكأن شيئاً لم يحدث. (شاذلي: 2001، 122).

4- أعراض وأسباب الهستيريا وعلاجها

4-1 - أعراض الهستيريا وأسبابها

أ- أعراض الهستيريا

- أعراض ومظاهر عقلية

أ- فقد الذاكرة: فقد يفقد المريض ذاكرته لكل حياته السابقة ولكن الأكثر حدوثا هو أن المريض يفقد ذاكرته لتجربة أليمة مر بها.

ب. الشرود: إذا أصيب مريض الهستيريا بالشرود فإنه ربما يترك المنزل ويسير هائما على وجهه في الشوارع.

ج - المشي أثناء النوم: قد يمشي مريض الهستيريا أثناء نومه وفي مثل هذه الحالات قد يقوم المريض بأعمال مركبة ومعقدة وهو نائم.

د - الشخصية المزدوجة والمتعددة: قد يتصرف مريض الهستيريا بطريقة توحى لمن يراه بأن المريض له أكثر من شخصية.

العتة الكاذب: قد يتصرف المريض كالمعتوه أحيانا.

الفقد الكامل للوعي: قد يفقد المريض وعيه كاملا بعد انفعال هستيري وتستلزم هذه

الحالات نقل المريض إلى المستشفى كمال، 2006، 20-21)

- أعراض ومظاهر فيزيقية: وتتمثل في:

- الشلل.

- التقلصات العضلية.

- التشنجات.

- العمى.

- الصمم.

- الهلوسة.

وإذا كان الجسد هو مركز النشاط الصراعى فهو لا يقتصر على التجسيد فقط بالأعراض فقدان التحويلية المتعلقة خاصة بالجهاز العصبي الحسي الحركي مثل الشلل النصفي الكلام أو العمى وغيرها من الأعراض بل يشتمل أيضا هراء ومرونة التصرفات العلائقية الهادفة

إلى جذب انتباه الآخر لهدف إغرائي لا شعوري، يتجلى ذلك في حالات الإغماء وفقدان الوعي أمام حضور الآخر بهدف استعطافه وريح حبه، هذا اللعب بالجسد ناتج في الحقيقة عن عدم القدرة على توظيف الفكر لإرصان الذكريات العاطفية المؤلمة لذلك يتدخل النسيان وهو مظهر من مظاهر الكبت الجنسي على شكل تجاهل جنسي تام كعرض آخر عقلي ناتج عن تشوش الذكريات أو كما يسميه غريب (1964) ثغرات الذاكرة"، ذات العلاقة بالتقمص الإغرائي للصور الوالدية (سي موسى، 2010، 59)

59.2010)

ب- أسباب الهستيريا

ب-1- أسباب وراثية وشخصية

- الأسباب الوراثية تلعب دورا ضئيلا للغاية بينما تلعب البيئة الدور الأكبر ويرجع بافلوف Pavlov وأنصار التفسير الفيزيولوجي للهستيريا إلى ضعف قشرة المخ بسبب الاستعداد الوراثي الطيب: (1994، 418).

وجدا العالم النفساني البريطاني (ألبرت سليترا) في عامي 1961-1965 أن العلاقة بين الوراثة والتاريخ الأسري للهستيريا لا يسير حسب أي تسلسل علمي معروف أي أنه مضطرب النسق والارتباط المنطقي (العبيدي: 2009، 370)

الأسباب البيولوجية: يعتقد البعض أن الهستيريا لها أساس. فيسيولوجي في صورة اضطراب في يقظة جهازهم العصبي المركزي وافترض أن أعراضهم تنشأ من فرط اليقظة التي تولد تغذية مرتجعة سالبة بين قشرة المخ والجهاز المنشط الشبكي في جذع الدماغ وزيادة معدلات corticofugal out put بدورة يثبط النبضات الحسية الحركية الصاعدة وهكذا يقل الوعي باحساسات الجسم التي تظهر في بعض مرضى اضطراب التحول كنقص حسي.

حمودة: 1991، 354-355)

ب-2- أسباب نفسية ومكتسبة

- أسباب نفسية وتشمل بيئة الأسرة أثناء الطفولة فلا شك أن الشجار في الأسرة وعدم الشعور الطفل بالأمان يجعل الإصابة بالهستيريا فيما بعد أمرا محتملا.

وقد تتسبب تصرفات الأم الهستيرية في إصابة أبنائها بالهستيريا وفي هذه الحالة يبدو أن الأمر وراثي مع أنه مجرد تصرفات هستيرية من الأم تسببت في تصرفات هستيرية من الأبناء.

وكذا الضغط النفسي العصبي كمسبب نفسي للهستيريا وقد يظهر في صورة تجربة عاطفية انفعالية لا يستطيع المريض مواجهتها أو يحمل نتائجها وتوفر له الهستيريا مهربا دون أن يشعر بذلك. (كمال: 2006، 20).

وترجع النظرية التحليلية الأسباب النفسية إلى كبت الصراعات الداخلية اللاشعورية وتحويل القلق إلى عرض جسماني والصراع يقع بين حفرة غريزية (عدوانية أو جنسية) وبين حرمة التعبير عنها أو منعها، وظهور العرض يسمح بالتعبير الجزئي للرغبة الممنوعة ولكنها تثير الاشمئزاز لدى المريض لدرجة أنه لا يواجهها شعوريا أي أن العرض التحولي له علاقة رمزية بالصراع اللاشعوري حمودة: 1991، 354-355).

أسباب مكتسبة هناك عوامل كثيرة يكتسبها الفرد وتؤدي إلى الإصابة بالهستيريا وهذه العوامل بعضها نفسي وبعضها الآخر فيزيقي (كمال، 2006، 16)
أو كون أحد الوالدين شخصيته هستيرية فيأخذ الطفل عنه اكتسابا سمات الشخصية الهستيرية الطيب: 1994، 418).

5- اضطراب الشخصية الهستيرية:

5-1- تعريف الشخصية الهستيرية في الدليل الرابع DSM-4

- نمط متواصل من الانفعالات المتزايدة وجذب الانتباه وهذا النمط يبدأ مع بداية الرشد
- ويظهر في سياقات متعددة ويحدد بثلاث أو أكثر من الخصائص التالية:
- الشعور بالضيق في المواقف التي لا يكون فيها الشخص مركز اهتمام الآخرين.
- يتسم التفاعل مع الآخرين بالغواية الجنسية أو السلوك الفاضح.
- عدم الثبات الإنفعالي مع سطحية العواطف.
- استخدام المظهر البدني اللافت للانتباه دائما .
- استخدام الأسلوب غير الواقعي في الكلام والذي تنقصه التفاصيل.
- عرض الذات على نحو مسرحي والمبالغة في التعبير عن العواطف
- القابلية الشديدة للإيحاء .
- يعتبر العلاقات أكثر تهويلا من كونها علاقات فعلية (شاهر: 2015، 26).

2-5 - معايير تشخيص اضطراب الشخصية الهستيرية

أ - معايير تشخيص الاضطراب وفقا للنسخة الرابعة: DSM4:

- في هذه النسخة تم وضع اضطراب التحويل في مجموعة الاضطرابات الجسدية الشكل وهو الاضطراب الثالث من أصل ستة اضطرابات من الناحية الترتيب في هذه النسخة، والمعايير الخاصة باضطراب التحويل في النسخة الرابعة هي:
- عرض أو عجز أو أكثر تؤثر على الوظيفة الحركية أو الحسية الإرادية والتي تقترح حالة عصبية أو حالة طبيعية عامة أخرى.
- يكون القرار الحكم السريري هو مصاحبة العرض أو العجز للعوامل النفسية لأن بدء العرض أو العجز قد سبقت بصراعات أو عوامل مركبة أخرى.
- العرض أو العجز ليسا محدثين عمدا أو مختلفين كما في الاضطراب المفتعل أو التمارض).

- يتعذر تفسير العجز أو العرض بشكل كامل بعد الاستقصاء المناسب من خلال طبية عامة أو من خلال تأثيرات فيزيولوجية مباشرة لمادة أو باعتبارهما سلوكا أو تجربة مسوغة ثقافيا.

- يسبب العرض أو العجز ضائقة مهمة سريريا أو اختلالا في الأداء الاجتماعي أو المهني أو مجالات أخرى هامة من الأداء الوظيفي أو يستحقان تقييما سريريا.

- العرض أو العجز ليسا مقيدتين بالألم أو بخلل الأداء الجنسي ولا يحدثان حصرا اضطراب الجسدية ولا يعطلها اضطراب عقلي آخر.

ب- معايير في النسخة الخامسة:

- وجود عرض واحد أو أكثر يدل على تغير في الوظائف الحسية أو الحركية. -2- وتشير الدلالات الإكلينيكية إلى عدم وجود توافق بين العرض وأي حالة طبية أو عصبية.

- لا يمكن تفسير العرض بأي مرض طبي أو نفسي آخر.

- يتسبب العرض بمحنة نفسية ذات دلالة إكلينيكية أو خلل في أداء الفرد على الصعيد الاجتماعي، المهني، أو في المناحي الهامة الأخرى من الحياة أو يستدعي العرض أو العجز إجراء تقييم طبي.

3-5 - سمات الشخصية الهستيرية

يتميز نمط الشخصية الهستيرية دائما بمفهوم عدم النضج والنمو العاطفي أي فقدان الاتزان العاطفي في الشخصية، ونقصد هنا عدم الثبات في العاطفة. مع سطحية واضحة الانفعالات فالشخصية الهستيرية من السهل لديها أن تتلون مشاعرها وتتغير بالسرعة والتقلب، فالتغير السريع سمة واضحة في الوجدان لأتفه الأسباب، فنلاحظ في أغلب الأحيان أن صاحب هذه الشخصية يبدو لنا وكأنه ذو عواطف قوية معبرة، إلا أنه سرعان ما تخدم وتتوارى وتتبخّر وتبحث عن موقف آخر به عواطف أخرى بليدة.

كما يلاحظ على هذه الشخصية التذبذب بالصدقة والسرعة في اكتسابها وبنفس الوقت السرعة في فقدانها فالشخص ذو الصفة الهستيرية يتميز بعدم القدرة على إقامة علاقة لمدة طويلة نظرا لعدم قدرته على المثابرة ونفاذ الصبر السريع (غباري، أبو شعيرة: 2010، 51) وقد رصد علماء النفس بعض الصفات في الشخصية الهستيرية ومنها:

الذات والاهتمام بها.

- محاولة جذب انتباه الآخرين واهتماماتهم.
- المباهاة وحب الظهور.
- الاتكال على الآخرين في المسؤولية.
- القابلية للإيحاء والتأثر بالآخرين والأخبار المثيرة وتفاعلهم القوي مع هذه المثيرات.
- الاستعراضية وحب الظهور.
- الميل الشديد للتمثيل.
- القابلية للمبالغة والكذب.
- الانفعالات السريعة والسطحية معا (غباري، أبو شعيرة: 2010، 50).

6- علاج الهستيريا

تعدد الوجهات العلاجية ومنها:

6-1- العلاج النفسي:

ويتناول تركيب الشخصية بهدف تطويرها ونموها وقد يستخدم الأخصائي التنويم الإيحائي لإزالة الأعراض، ويلعب الإيحاء والإقناع دورا هاما هنا، ويستخدم التحليل النفسي للكشف عن العوامل التي سببت ظهور الأعراض والدوافع اللاشعورية وراءها ومعرفة هدف المريض ويقوم المعالج بالشرح الوافي والتفسير الكافي للأسباب ومعنى الأعراض الصيخان: (2010، 85). كذلك يفيد العلاج النفسي التدعيمي ومساعدة المريض على استعادة الثقة في نفسه وتعليمه طرق التوافق النفسي السوي والعيش في واقع الحياة زهران: 1977، 416) وقد يستخدم الأخصائي التنويم الإيحائي لإزالة الأعراض العبيدي: 2009، 379).

6-2 - الإرشاد النفسي والتوعية البيئية:

ويكون هذا الإرشاد خاص بالبيئة التي تحيط المريض المصاب باضطراب التحويل والمقصود بالبيئة هي تلك التي يتفاعل معها المريض ويتأثر ويؤثر بها، والإرشاد والتوعية يكون للوالدين والمرافقين كالزوج أو الزوجة وينصح بعدم تركيز العناية والاهتمام بالمريض أثناء النوبات الهستيرية فقط لأن ذلك يثبت النوبات لدى المريض لاعتقاده أنها تجذب الانتباه إليه العبيدي: 2009، 379)

6-3 - العلاج بالتنويم المغناطيسي:

هناك حالات محدودة تتحسن عند استخدام التنويم المغناطيسي ولكن عموماً معظم الكتاب لا يشعرون بأن هذا الأسلوب له أدلة وقواعد يمكن من خلالها دعم استخدام التنويم المغناطيسي في العلاج. المرجع السابق: 379)

6-4 - العلاج الجماعي:

ويكون خاصة مع الحالات المتشابهة ويجب أن يعمل المعالج باستمرار على إثارة تعاون المريض ورفع مستوى استبصاره ومساعدته في أن يفهم نفسه ويحل مشكلاته ويجاريها بدلاً من أن يهرب منها الصيخان: 2010، 85).

هـ - العلاج الطبي للأعراض:

إن المدخل الطبي النفسي المتكامل يعتبر مفيداً في الاضطرابات التحويلية كما في الاضطرابات الجسدية وليس هناك علاجاً محكوماً لهذه الاضطرابات (عبد المعطي 2001، 398)

ففي حالة المريض الهستيري لا توجد أدوية أو عقاقير لهذه الحالة وفي ذلك حفظ لماء وجه المريض (الحياني: 2011، 179).

والعلاج بالصدمة الكهربائية يستخدم في بعض الأحيان الحالات مثل حالات الهذيان وحالات الغيبوبة وتستخدم أحياناً صدمة واحدة لإنهاء العرض ويبدأ بعدها العلاج النفسي (الداهري: 2005، 71).

وفي بعض الأحيان يلجأ المعالج إلى استخدام الدواء النفسي الوهمي placebo ويفيد فائدة كبيرة. (زهران (1977، 416).

وفي حالات المقاومة للإحياء قد يلزم الحقن الوريدي بالصوديوم أموباربيتال أميتال الصوديوم Amytal أو حقن الديزابام Diazepam والذي Amoborbital ويسمى عند المقاومة (سمور:

في تهدئة المريض وأيضاً لأخذ التاريخ والتطور المرضي يساعد.

سابعاً - توهم المرض

1- التعريف بالتوهم المرضي

عرف بأنه الانشغال بمخاوف أو فكرة وجود مرض خطير في مبني على أساس سوء تفسير الفرد للأعراض الجسدية، ويستمر هذا الانشغال رغم طمأنينة التقييم الطبي ومع ذلك فإن هذا الاعتقاد ليس من الوهم (أبعاد) وهمية) ويمكن للشخص أن يعترف بإمكانية أن يكون مبالغ وأنه لا يكون هناك مرض على الإطلاق وينتج عن هذا الانشغال اضطراب في الأداء الاجتماعي أو المهني أو غيرها من مجالات الأداء الوظيفي.

كما يعرف حامد عبد السلام توهم المرض بأنه اضطراب نفسي المنشأ عبارة عن اعتقاد راسخ بوجود مرض رغم عدم وجود دليل طبي على ذلك حيث يركز الفرد على أعراض جسمية ليس لها أساس عضوي، وذلك يؤدي إلى حصر تفكير الفرد في نفسه واهتمامه المرضي الدائم بصحته وجسمه بحيث يطغي على كل الاهتمامات الأخرى ويعوق اتصاله السوي بالآخرين ويشعر بالنقص والشك في نفسه كما يعوق اتصاله بالبيئة المحيطة. (زهران، 2005، ص 490)

كما يعرف على أنه بأنه وسواس المرض أو المراق وهو اضطراب عرف بأنه الانشغال سوء الشديدي بفكرة احتمال وجود مرض خطير نفسي المنشأ (عصابي)، في مبني على أساس

تفسير الفرد للأعراض الجسدية حيث يفسر الشخص الإحساس والظواهر الطبيعية والعادية باعتبارها غير طبيعية ومزعجة، ويستمر هذا الانشغال رغم طمأنينة التقييم الطبي المناسب، والشكوى المستمرة من وجود أوجاع جسمية وتركيز الانتباه الشديد مع أعراضه الجسمية، ومن ثم يعتقد بأنه مريض أو أنه على وشك الإصابة بمرض خطير دون وجود دليل طبي على ذلك، وهذا الاعتقاد لا يصل لدرجة الضلالات، كما يركز على واحد أو اثنين من أجهزة الجسم، مما يؤدي إلى حصر تفكير الفرد في نفسه واهتمامه بطريقة مرضية ودائمة بصحته الجسمية، بحيث يغطي على كل الاهتمامات الأخرى ويعوق اتصاله السوي بالآخرين وضحايا هذا الاضطراب لا يمارضون ولا يتصنعون المرض شعوريا ولكن غالب ما يعانون من القلق والاكتئاب الشديدين) الخليل. ماذن 2001 (150):

2- اسباب توهم المرض

- لا يوجد دليل قطعي على الأسباب المؤدية لتوهم المرض، إلا أن العلماء توصلوا لعوامل قد تساعد في ظهور ذلك؛ ومن هذه العوامل ما يلي:
- ضعف القدرة على فهم الأحاسيس الجسدية والمرضية وتحليلها.
 - وجود شخص في الأسرة يعاني من هذه المشكلة) تاريخ عائلي للإصابة بتوهم المرض).
 - التعرض لمشاكل صحية في الطفولة، مما يخلق حالة من القلق والخوف من أي شيء مستقبلي.
 - التعرض لموقف صادم أو مليء بالضغط النفسية.
 - التعرض للعنف خلال فترة الطفولة.
 - إصابة أحد الآباء أو أفراد الأسرة بمرض خطير، مما يشكل حالة من الخوف عند المصاب.
 - الشخصية القلقة أو الشخصية الوسواسية.
 - الإفراط في زيارة المواقع الصحية على الانترنت وتصفحها.

3- اعراض توهم المرض وصوره

المصاب بتوهم المرض لا يطيق التفكه أو التندر بحالته ويأخذ على محمل الجد كل ما يقال عن انه يبدو مريضاً للآخرين حتى وان قيلت على سبيل المداخلة وتوهم المرض يجعل من صاحبة لقمة سائغة للمؤسسات الصحية وشركات الأدوية وهو إميل إلى الاستبشار بمفعول الدواء إن وجد الدعاية التي تروج لهذا الدواء والتي تقدم وصفاً مفصلاً حياً ثم إذا وقع متوهم المرض على أنفه الإشارات إلى احتمال تلوث الطعام أو وجود علاقة طفيفة بين المرض وهذا النوع من الطعام كان هذا كافياً لامتناعه تماماً عن هذا الطعام وأصحاب توهم المرض يبدون ارتياحاً عند انشغالهم بأجسادهم ويقلقون إذا أحيل بينهم وبين هذا الانشغال، ومن أهم ما يشتكي منه متوهمي المرض الأرق الأوجاع والألام المختلفة ووجع الرأس ضعف الذاكرة وقلة التركيز الاعتقاد المسبق بأن الشخص مصاب بمرض خطير. وعدم وجود أي عرض صحي أو وجود عارض بسيط.

القيام بتصرفات غير منطقية ولا مبررة تعنى بالصحة؛ مثل: إجراء الفحوصات بشكل مستمر لكشف أي حالة صحية يتوهم الشخص بأنه يحملها. البحث على الإنترنت عن أي عرض قد يظن الشخص أنه تابع لمرض ما مصاب به. تجنب مواعيد الأطباء، وذلك لتخوف المريض من مواجهة ما يتوهم من أنه مصاب به. الاعتقاد بأنه حامل لمرض معين لفترة لا تقل عن ستة أشهر (حتى وإن اختلف المرض الذي يعتقد الشخص أنه مصاب به خلال هذه الفترة). (ابراهيم على ابراهيم، 1993، ص52)

4- تشخيص التوهم المرضي

كيف يتم اكتشاف مرض التوهم المرضي ؟ يحاول مرضى التوهم المرضي زيارة الطبيب المعالج لهم وليس الطبيب المختص في الصحة العقلية، وعندما يشتبه الطبيب في التشخيص فإنه سيوصي بزيارة الطبيب النفسي والحصول على الرعاية الصحية النفسية أو رعاية الصحة العقلية، خاصة أن الاضطراب يمكن أن يكون مصحوباً بأعراض قلق شديدة

أو أعراض الوسواس القهري، وفي أغلب الحالات يمكن أن يرفض المريض زيارة أخصائي الصحة العقلية، ويتم تشخيص مرض التوهم المرضي اعتمادًا على:

الشكاوى الطبية للشخص. تاريخه المرضي. الفحص البدني الفحوصات المخبرية.

تقييم الصحة النفسية والأمراض الأخرى التي يعاني منها، مثل: الاكتئاب. الفصام. اضطراب الجسدية.

يقول الطبيب ديبيرا كان وهو دكتور في الطب وأستاذ سريري مشارك في قسم الطب النفسي والعلوم السلوكية في جامعة كاليفورنيا: أن اضطراب التوهم المرضي يتميز عن اضطراب الأعراض الجسدية أو اضطراب الجسدية بأن الأول ينشغل فيه المريض بالإصابة بمرض طبي خطير غير مشخص وقد لا يكون لديه أعراض جسدية لأي مرض، بينما اضطراب الجسدية له سمة أساسية وهي وجود عرض جسدي أو أكثر من الأعراض التي تؤدي إلى اضطراب في حياة المريض والشعور بالحزن.

بعد عدم وجود أي دليل يشير إلى مرض حقيقي مع استمرار ظهور التوهم المرضي الطبيب المعالج بتحويل المريض إلى أخصائي صحة عقلية من أجل تشخيصه. متى عليك زيارة الطبيب بشأن التوهم المرضي ؟ هل تستدعي أعراض التوهم المرضي العلاج النفسي؟ يمكن أن يكون القلق والتوهم المرضي أمرًا مزعجًا للمريض، ولا يمكن المساعدة فقط بطمأنته، فعلى العكس من ذلك قد يؤدي إلى شعور المريض بالإحباط وجعل الأمور أسوأ، مما يتسبب في تراكم المزيد من الضغط على المريض وعائلته، لذلك من الأفضل القيام بما يأتي:

- التوجه في البداية للطبيب المعالج، ليتم تقييم الأعراض في البداية عنده.

- في حال اعتقد الطبيب أن المريض مصاب بالتوهم المرضي فإنه سوف يقوم بإرساله إلى أخصائي الصحة العقلية.

- يقوم أخصائي الصحة العقلية بالتعامل مع أعراض اضطراب القلق واختيار العلاج المناسب له.

- يساعد أخصائي الصحة العقلية بالتعاون مع الطبيب المعالج في إدارة أعراض القلق والتوهم المرضي وتخفيف العبء عن المريض. أحمد حسن محمد الليثي، ص (2025).

5- علاج توهم المرض

يعتمد علاج التوهم المرضي بشكل رئيسي على محاولة تحسين جودة الحياة اليومية التي يعيشها المصاب، وذلك بتحسين إنتاجه اليومي على مختلف المجالات. ومن أهم الطرق العلاجية لتوهم المرض:

أ- المعالجة النفسية

تعتمد المعالجة النفسية على العلاج السلوكي المعرفي سواء كان بشكل فردي أو جماعي، والذي يعد من الطرق الفعالة جداً في علاج التوهم المرضي، لأنه يعلم الشخص المهارات التي تساعد في تجاوز المرض عن طريق:

- مساعدة المصاب في التعرف على وضعه النفسي وحقيقة مخاوفه ومعتقداته.
- مساعدته في التعرف على طرق أخرى لمعاينة صحته والطريقة الأفضل لتفسير وفهم ما يشعر به.

- توضيح أثر المخاوف على حياة المصاب اليومية والسلوكية.
- تعليم الشخص طرق مختلفة ليتجأوب مع الخوف والقلق.
- دعم الأنشطة التي يمارسها المصاب على المستويات كافة سواء كانت الفردية، والمهنية، والأكاديمية، والاجتماعية، وغير ذلك.

- التحقق من عدم وجود أي حالة نفسية أخرى مصاحبة للحالة مثل الإحباط أو الاكتئاب.

ب- الأدوية:

يتم اللجوء إلى الأدوية في الحالات التي لا يستجيب فيها المصاب للعلاجات السلوكية، قد يصرف الطبيب بعض الأدوية التي قد تساعد في السيطرة على الحالة مثل مضادات الاكتئاب. (زهران، 2005، ص 45).

المحاضرة السادسة: الذهان وبعض اضطراباته

أولاً: الذهان

ثانياً: الفصام

ثالثاً: الاضطراب ذو القطبين

مدخل:

تضم هذه الأمراض مجموعة من الأمراض النفسية الشديدة، والتي تتميز بتأثيرها الخطير على الشخصية، بحيث تقعد الشخص عن التوافق مع من يعيشون معه، وعن العمل المنتج، بل غالبا ما يصل الأمر بالمريض لأن يصبح خطرا على نفسه وعلى الآخرين، بحيث يلزم حجزه في المستشفى حماية له ونظرا لخطورته على المجتمع.

أولاً- الذهان:

1- تعريف الذهان بالفرنسية psychosis :

كلمة مشتقة من اليونانية psyche أي النفس أو الروح، وosis التي تعني الشذوذ استعمل المصطلح أول مرة من طرف الطبيب النمساوي Feuchterslebe Ernst von في 1845 ويشير الذهان للحالات النفسية المتميزة بتلف عميق للوعي اضطراب حاد في الهوية وفي علاقته بالواقع فهو اضطراب عقلي خطير وخلل شامل في الشخصية يجعل السلوك العام للمريض مضطرب ويعيق نشاطه الاجتماعي. ويشاهد في الذهان الانفصال التام عن الواقع وتشويهه أن هناك حالات أين يبقى فيها الذهائي في اتصال مع الواقع لكنه اتصال مضطرب، وعلى العموم فإن الاضطرابات الذهانية يمكنها أن تظهر بطرق مختلف الحالات. (Besanon, 1993, p.161) بالإضافة إلى أن الذهاني يكون مختلفة غير مدرك لعواقب تصرفاته، ولا يدرك بأنه مريض ولا يعترف به لذا يرفض التغيير وأخذ الدواء والعلاج فالذهان اضطراب عقلي ينسحب فيه المرء، بطريقة ما من عالم الواقع وينشئ عالمه الخاص به « Neo realite على حد تعبير بارجوري.

2- تصنيف الذهان

يصنف الذهان كما جاء في (الخالدي، 2006، ص 306-308 إلى: أ- الذهان العضوي أسبابه عضوية يتعلق بحدوث تلف في الجهاز العصبي ووظائفه كذهان الشيخوخة الراجع لاضمحلال الجهاز العصبي، والتغيرات كيميائية، والذهان الناجم عن اضطراب الغدد الصماء أو الإصابة بالأورام المخية عدوى المخ) مرض الزهري ب الذهان الوظيفي أي نفسي المنشأ وهو مرض عقلي لا يرجع إلى سبب عضوي وإنما لأسباب نفسية تكون بمثابة عوامل مفجرة لمن يحمل الاستعدادية في بناءه النفسي.. أما في التصنيفات الدولية، فقد أدرج الذهان في خانة الذهانات والحالات الذهانية في (10 CIM) فنجد ذهان الهوس الاكتئابي الفصامات المزمنة الذهانيات المزمنة الذهانات الناتجة عن تناول الكحول. أما في DSM

فتدرج الاضطرابات الفصامية، الاضطرابات البارانونية، واضطرابات لا نجد لها تصنيفا في دليل آخر (Femandez, 2012.p13)

3- مدى انتشار الذهان

تعتبر الإصابات الذهانية محدودة بنسبة 3%، حيث أن انتشاره يكون أقل من العصابات، والذهان يحدث عموما في منتصف العمر وتدل بعض الدراسات على أن متوسط العمر عند دخول مستشفى الأمراض الأمراض العقلية هو 44 سنة، غير أن بداية الفصام تظهر مبكرة في مرحلة المراهقة، في حين يظهر ذهان الشيخوخة متأخرا في مرحلة الشيخوخة، وحسب الدراسات الابدديميولوجية، فإن الذهان يصيب الذكور أكثر من الإناث، وهو أكثر انتشارا في الطبقات الاجتماعية الاقتصادية الدنيا من الطبقات الاجتماعية الاقتصادية العالية.

4- خصائص الشخصية الذهانية:

يتميز أصحاب الأمراض الذهانية كما أوضحها (الدوسراي، 2006 بتفكك في الشخصية إذ تتشوه وتفقد تكاملها، ويحدث تغير جذري عما كان عليه سابقا، تتحطم دفعاته النفسية وتضعف عمليات الكبت والمقاومة ويضطرب الأنا ويتقبل الدوافع البدائية المكبوتة دون نقد كالدوافع الجنسية أو العدوانية التي تنطلق انطلاقا خاليا من الضبط فتظهر على حقيقتها للعيان، ففيه بروز تام للهو دون مقاومة وضبط لانا الأعلى، فيظهر الهو المسيطر على الجهاز النفسي وغياب استعمال الآليات الدفاعية. ويلاحظ النكوص الشديد بأشكاله الثلاث الموقعي، الزمني الشكلي) الذي قد يصل إلى المستوى الطفلي أو البدائي، يظهر الانسحاب من العلاقات الاجتماعية ويبدو السلوك العام للمريض غريبا شاذا بدائيا ومضطربا بشكل واضح، عدم مسايرة المعايير الاجتماعية، عدم شعور المريض بمرضه وعدم اعترافه به ولا يرغب في تغير حالته ولا يكون متعاوناً ولا يهتم المريض بنفسه ولا بيئته ويتدهور مظهره العام.

5- أسباب الذهان:

تظهر بعض الإشارات الذهانية أن سبب الذهان يرجع المزيج من العوامل البيولوجية والبيئية والتي تكون أساس الهشاشة لتطوير الاضطراب الذهاني خلال المراهقة وبداية سن الرشد وغالبا ما تظهر هذه الأعراض كاستجابة لحالة من الاجهاد النفسي أو للإفراط في تناول المخدرات أو تغيير إطار المجال الحياتي عند أشخاص خلال الحلقة الأولى من الذهان (episode psychotique) وتشير إلى المرحلة الأولى التي تظهر فيها الأعراض الذهانية لدى شخص ما. 13. (Besson p.2004) ويرى هذا الأخير بضرورة إجراء فحوصات طبية معمقة وشاملة لأجل استبعاد احتمالية الإصابة الجسدية وإجراء تشخيص دقيق قدر الإمكان من خلال الفحوص المخبرية وإجراء تقييم شامل من طرف الطبيب العقلي، وعلى كل يمكن إدراج أسباب الذهان في: - العامل الوراثي كأرضية استعدادية إذا توفرت العوامل البيئية المسببة للذهان.

- العوامل العصبية التسممية والالتهابات المخية
- المشكلات الانفعالية والصدمات النفسية المبكرة.
- تناول بعض المواد كالمخدرات أو الكحول، تناول الامفيتامينات غير المشروعة والمهلوسات (ecstasy)
- عدم قدرة الفرد على تقبل وتجاوز الصراعات النفسية والإحباطات والتوترات النفسية.
- اضطراب العلاقات المهنية والاجتماعية.
- العوامل البيئية والاجهاد الاجتماعي أو الفيزيولوجي الذي من شأنه تسريع ظهور الاضطراب.
- أساليب النشأة الاجتماعية الخاطئة السائدة في الأسرة وانعدام الأمن.
- الحماية المفرطة ما لا يدع للفرد إمكانية لاكتساب مهارات واستراتيجيات لمواجهة مشاكل الحياة.

6- النظريات المفسرة للذهان:

تعددت النظريات المفسرة لنشأة الاضطرابات الذهانية (العقلية)، وتأتي العوامل الوراثية، الاضطرابات العضوية الاضطرابات البيوكيميائية، الضغوط الاجتماعية العوامل النفسية العلاقات الأسرية.... كعوامل مشجعة على ظهور الاضطراب، وفيما يلي تفصيل ذلك:

* النظريات الوراثية تشير نتائج الدراسات الأسرية والدراسات التي أقيمت على توائم حقيقية وكذا دراسات التبني التي صممت لاختبار الفرض الوراثي بأن الذهان ذات أساس وراثي فالعوامل الوراثية تجعل الفرد حاملا للاستعدادية للوقوع في المرض. فبعض أنماط الأمراض الذهانية يمكنها أن تكون وراثية كـبعض أشكال..الفصام. كما أن الأقارب البيولوجيون لهم يكونون أكثر عرضة للإصابة بالاضطرابات الفصامية مقارنة بعامة الناس (Ibid) وتعتبر درجة القرابة الوراثية للمريض الفصامي كمنبئ قوي لخطر تعرض أحد أقربائه للإصابة بالاضطرابات الذهانية خاصة العضوية منها. وأفادت دراسة التوائم أن نسبة الإصابة لدى التوائم الحقيقية تصل إلى 40% كما أن الإصابة تكون بنسبة أعلى إذا كان المريضان من نفس الجنس. (محمد عيد، 2006، ص 130)

* النظريات النورولوجية والبيوكيميائية وترتبط أسباب الذهان العضوي عادة في اضطرابات التمثيل الغذائي (الايض)، نقص الفيتامينات وأمراض الغدد الصماء، ونقص الأوكسجين في الدم، الخالدي، 2006، ص 306 كما تتحدد كما جاء في (محمد عيد، 2006، ص 130) بوظائف خلايا المخ كأورام المخ، عدم التوازن في سوائل الجسم والايونات كما يؤدي ترسب الدهون على جدران الشرايين الدماغية إلى اضطراب وظائف خلايا الدماغ. أثبتت دراسات بأن ضمور في الدماغ واتساع بطيناته بالخصوص البطين الثالث يؤدي إلى الأعراض المزمنة لمرض الفصام. كما أن تشوها في المخ وبالخصوص في النظام الكيميائي للنواقل العصبية المرتبطة بالدوبامين والنور ادرينالين تؤثر على مسار التذبذبات الكهربائية ما يؤدي لظهور الاضطرابات، وأن الفصام يقترن بالنشاط الزائد لأجزاء المخ التي تستخدم الدوبامين كناقل عصبي وأظهرت العقاقير المضادة للذهان فعاليتها في مقاومة الأعراض الفصامية من

خلال التقليل من هذا نشاط إضافة لظهور العلاقة بين بعض الإنزيمات ومجموع الأحماض الدهنية في ظهور بعض أنواع الاضطرابات الذهانية. (Besson, 2004,16)

6-1- النظريات النفسية:

- الذهان حسب مدرسة التحليل النفسي يعتبر Emil Kraepelin مؤسس الطب العقلي الحديث. وقام بتحديد الإطار النزوغرافي للذهانات المزمنة وميز بين وحدتين مرضيتين: الذهانات الهوسية والاكتئابية والعته المبكر. وقام فرويد في 1894 باستعادة المفهوم بما يحمله من معاني الهذيان والهأوس.

وحسب وجهة النظر التحليلية، فإن اعراض الذهان بما فيها الهذيان هي محاولات بناء علاقة مع الواقع وهذه العلاقة الجديدة التي يتبناها الفرد مرضية ولكنها ضرورية للشخص وتتم بطريقة لا شعورية. وكان فرويد يرى بأن الاضطرابات الذهانية كالفصام مثلا عبارة صورة من صور النكوص فأن الذهاني لا تكون قوية بالدرجة التي تسمح بالتعامل بنجاح مع متطلبات الهو أو الأنا الأعلى، فيحدث نكوص للمرحلة الفمية المبكرة، أي مرحلة التجزئة والمرحلة التلاحمية التي لم تتوحد فيها الذات بعد وكل ما هو خارجي يعتبره امتداد لذاته، ما يؤدي لعدم اعترافه بالواقع. (Roudinesco et Plon 2011. P.1255)

- الذهان في التفسير السيكيوياتونوشي: في هذا النموذج من التفسير، فإن الأمراض العقلية غير العضوية ترجع إلى البنية الذهانية وتطورها. فهي ذات العلاقة بمراحل نمو الفرد التي تحدث فيها أزمت نفسية بين الذات النزوة والموضوع. فيوقف النمو بسبب الإحباط الأمومي ويحصل التثبيت في المرحلة الفمية أو المرحلة الأولى من الشرجية يكون الأنا غير منظم ولم يصل بعد إلى المرحلة الموضوعية ولا يصل إلى البعد الجنسي وإن اختبرها فهي لا تنتظم كما هو الحال عند العصابي ويتطرق Bergeret إلى مرحلة تكوين البنية الذهانية ويرى بأنها تبدأ من الولادة ويكون الأنا في حالة لا تمايز نفس جسدي يكون مستوى نكوص الليبيدو والأنا إلى المرحلة فمية؛ أي مرحلة اللاتمايز أو التمايز البدائي، نوع القلق هو قلق التجزئة أو الانفجار، العلاقة بالموضوع تكون امتزاجية، التحامية مع الأم، أين يكون ثدي

الأم كامتداد له الأب يكون مغيب جسديا ونفسيا. أما طبيعة الصراع فتكون في الهو مع الواقع، وتتمثل الآليات الدفاعية الأساسية في إنكار الواقع، التماهي الإسقاطي، ازدواجية الاناء الانشطار انشطار الأنا وانشطار الموضوع)، الإسقاط. وفي رحلة النكوص، يحدث توقف للتطور البنيوي. ثم وفي مرحلة المراهقة؛ فإنه كما هو الحال لدى أغلب الحالات فإن الانا ما قبل منظم على نحو ذهاني يستمر في تطوره ضمن الخط الذهاني التي يتواجد بها. ثم ينتظم بطريقة نهائية على شكل بنية ذهانية حقيقية وثابتة، غير أن المراهق قد تتوفر لديه فرصة لأن يتطور نموه نحو الخط العصابي إن وجد ما يدعمه، وإلا فإن تنظيمه النهائي يكون على شكل بنية ذهانية. (Fernandez, 2012. P.13)

- الذهان في التناول المعرفي: تكون اعتقادات الذهانين مبنية على أساس مخططات معرفية مضطربة وخاطئة، ويكون محتوى هذه المخططات مستوحى من المجال العلائقي المضطرب تكون معتقداتهم بان العالم لم يكن ولم يخلق من اجلهم وأنهم وحيدون لا يملكون أي مكان في هذا العالم يشعرون بالتهديد والاضطهاد. وأضاف Krapline بأن الذهانيون يعانون من عجز وظيفة الانتباه وعلى العموم، فقد وجهت العديد من الانتقادات لتفسير المدرسة المعرفية للذهانات وظهرت عدة ثغرات في تفسيراتهم كما ذهب إليه (jeffrey, 2009, p & al)

- التناول الموضوعي للذهان:

يتحدث التصنيف العالمي عن الاضطرابات الذهانية بوصفها كمجموعة من الأعراض، تتنوع حسب الاضطراب والأعراضية، وعلى العموم فإن الاضطرابات الذهانية ترتبط بوجود الهذات والهلاوس التي يمكنها أن تظهر في ظروف مختلفة. ويمكن تمييز الذهانات الحادة والذهانات المزمنة.

7- أعراض الذهان:

يظهر الذهان من خلال بعض التعديلات المعقدة عامة في المزاج وعلى مستوى الفكر والسلوكات يلخصها (Besson, 2004, pp.79) في:

- الأعراض المعجلة: تشمل التغيرات في المزاج وفي عادات النوم والشهية للأكل، فقدان الطاقة أو الدافعية انعزال صعوبات في التركيز فقدان الذاكرة، ومشاكل في المدرسة أو العمل. - الأعراض الخاصة: تشوش في الإدراك والهأوس سمعية أو بصرية.... اعتقادات وأحكام غريبة وغير مبررة؛ هذيانات كما يظهر تفكيره مضطرب يظهر فيه الارتباك والغموض وسلوكات عجيبة وشاذة.

إضافة إلى أعراض أخرى كما أشارت إليه (2012) Fernandez تتمثل في:

- اضطراب النشاط الحركي فتظهر لديه زيادة في النشاط والهيأج وعدم الاستقرار أو على العكس من ذلك تقريط في إنتاج الحركي.

- إنتاج لغوي مضطرب من ناحية الكم أو المحتوى يظهر فيه عدم اتساق حديثه وعدم ترابطه وتسلسله. واستعمال لغة جديدة خاصة به راجعة للنكوص إلى مراحل اللغة الطفلية المبكرة. - اضطراب القدرات العقلية اضطرابا واضح كالإدراك، الفهم والتفكير وعدم الترابط بين الأفكار وغياب المنطق عامة.

- سوء التوافق النفسي والاجتماعي والمهني.

- الانعزال وعدم الرغبة في التواصل الاجتماعي.

- نقص الإرادة وعدم القدرة على اتخاذ القرارات وتحمل المسؤوليات

- فقدان الوعي بالمكان والزمان وعجزه عن رعايته لذاته ووجود احتمال إيذاء المريض نفسه أو غيره.

- الفتور الوجداني وعدم القدرة على التعبير عن الانفعالات العواطف المتناقضة. عدم اتساق الأفكار مع الانفعالات. فإما أن تظهر برودة شديدة في الانفعالات التخدر (الانفعالي أو على العكس من ذلك كما في حالات ذهان الهوس والاكتئاب.

- يظهر لديه تفكك في الشخصية ونقص البصيرة والاضطراب الواضح في السلوك.

- ظهور الهلأوس والهذيان كأعراض أساسية في الذهان. يشير الهذيان أو الهذاء إلى اختلاق قصص لا أساس لها من المنطق، أما الهلأوس فهي إدراك أشياء لا وجود لها وتظهر على عدة أشكال فنجد فيها الهلأوس السمعية الشمية بصرية، لمسية، تذوقية.
- عدم اعتراف المريض بمرضه (Ausognosie)

8- مآل الذهان الوظيفي

يظهر الذهان عامة عند الرجال في سن ما بين 15 إلى 30 سنة وعند النساء من 18 إلى 35 سنة. مع الإشارة إلى أن 4 إلى 5% من الشباب سيعيشون حلقة ذهانية في مرحلة ما من حياتهم، غير أن أكثرينهم يؤولون إلى الشفاء التام بصفة عامة، فإن مآل الذهان الوظيفي أفضل من مآل الذهان العضوي خاصة أن تم التكفل المبكر بالحالات التي تظهر عليها الأعراض حيث يظهر التحسن أو الشفاء قد تصل نسبتها إلى أكثر من 85% من المرضى. ويعتبر التعاون الذي يبديه المريض وتعاون الأهل في العملية العلاجية من العوامل المساعدة على العلاج، مع التأكيد على متابعة الحالة بصفة دورية ومستمرة من ظرف الاختصاصيين (Besson, 2004, p.15).

ثانيا - الفصام:

1 - نبذة تاريخية حول مصطلح الفصام

يعد الطبيب النفسي البلجيكي موريل B.Morel أول من وصف الفصام رسميا، حيث أطلق عليه اسم "الخرف المبكر"، وكان ذلك عام 1860 محمد غانم (2007) (127) وفي سنة 1874 قام كاهلبوم Kahlbaum بوصف تخشب والذي هو عبارة عن شكل خاص من الخبل المبكر الذي يتميز بأعراض حركية ذات طابع ذهولي. مصطفى لكحل، 2011 (20) وفي سنة 1868 وصف حالة ثالثة سماها (catalonia) وتعني الجامودية أو التخشبية، حيث يبقى فيها المرض ساكنا بدون حركة، وفي 1896 قام العالم كرابلاين بدمج الصورة المرضية السابقة في حالتين واحدة تتعلق بالمزاج سماها الزهو الاكتئابي والأخرى الخرف المبكر، وسيطر تقسيمه لفترة زمنية طويلة. (وئام بوزياني، 2013:12) وفي سنة

1911 قدم بلولر مصطلح الفصام وقام بتفسيره من خلال وصف التناذر الفصامي، وفي الأخير توصل الى أن التجزئة أو التقسيم (le morcelle ثلاثة أجزاء في الشخصية التفكير، والعاطفة، والسلوك. كان موقف بلولر مختلفا عن موقف كريبيلن حيث اعتبر الفصام مجموعة أو زمرة من الأعراض، كما اتضح الاختلاف في نقطتين رئيسيتين هما: أن الاضطراب ليس من الضروري أن تكون له بداية مبكرة، وليس بالضرورة أن يكون هناك تدهور تدريجي وإلى وجود اضطراب في الشخصية. ومع مساهمات الباحثين فقد توسع المفهوم الأمريكي حيث اقترحوا الأنماط الفرعية الإضافية الفصامية التي تختلف عن الأنماط الفرعية التي قدمها كل منهما، وفي سنة 1952 تم تقديم التصنيف التشخيصي الإحصائي الأول، أما التصنيف التشخيصي الثاني فقد ظهر في (1980 مصطفى) لكل وبن عمر عواج، (9-2012: 8)

2 - مفهوم الفصام كلمة يونانية تنقسم الى قسمين: Schizo

وتعني الانقسام أو الانشقاق Phrénies وتعني العقل أو الفكر أي انقسام العقل، وهو ذهان خطير يصيب الشاب عادة مزمنة يتميز إكلينيكيًا بتفكك الذهن، عدم التوافق الوجداني وعمليات هذيانية غير متماسكة تؤدي عادة إلى انقطاع الاتصال مع العالم الخارجي وانعزال توحدي. أما القاموس الطبي فيعرف الفصام على أنه عبارة عن اضطراب عقلي داخلي النمو يتميز خاصة ب: تفكك في الشخصية تفكك لغوي، أفكار هذيانية غير منظمة)، وجود ضغط تحت تأثير قوي، انفصال

وغرابة، أحاسيس المتمركز حول الذات، مع فقدان الاتصال مع الواقع. (مصطفى لكل، 2011: 22 ويعرفه bleuler: الفصام مجموعة من الأعراض الذهانية تسلك أحيانا مصيرا: مزمنًا وأحيانا أخرى نوبات متكررة، ويحتمل أن تتوقف أو تتدهور هذه الأعراض في أي مرحلة ولكن لا يعود الفرد للتكامل السابق، كما أن هذا المرض يتميز بأعراض خاصة في التذكير والشعور وعلاقة الفرد بالعالم الخارجي، والتي لا تظهر بهذه الطريقة في أي مرض آخر. (أحمد عكاشة، دن، 296).

ويعرف في موسوعة علم النفس والتحليل النفسي كالآتي: الفصام مرض عقلي يصنف ضمن فئة الأمراض النفسية المعروفة بالذهان ويعتبر أكثر الأمراض الذهانية انتشارا. وهذا المرض يمزق العقل ويصيب الشخصية بالتصدع فتفقد بذلك التكامل والتناسق الذي كان يوائم بين جوانبها الفكرية والانفعالية والحركية والادراكية وكأن كل جانب منها أصبح في واد منفصل ومستقل عن بقية الجوانب الأخرى. ومن هنا تبدو غرابة الشخصية وشذوذها محمد غانم، 125: 2007). ورد تعريف الفصام في الدليل التشخيصي الإحصائي للأمراض العقلية الخامس على أنه اضطراب يتميز بالضلالات والهلاوس والكلام الغير المنظم والسلوك الحركي الغير المنظم والأعراض مثل التبدل العاطفي أو الوجداني والتدهور في الوظائف والعلاقات الشخصية. (DSM-5، 2013) وقد صنف المنظمة العالمية للصحة OMS ضمن مجمو للاضطرابات التي تسبب الاعاقة للإنسان. ويعتبر التفكك عرض رئيسي في تشخيص هذا المرض الذي يمس عدة جوانب التي من شأنها تغيير نمط حياة المريض منها العقلي، الوجداني السلوكي. (Liorca p.m.2:2004).

3 - مدى انتشار الفصام

يعتبر الفصام من أكثر الذهانات المزمنة انتشارا، وهو يمس 1% من مجموع السكان، ويصيب بالتساوي النساء والرجال، ويظهر غالبا عند (الشباب من 50 إلى 70% من الحالات يتراوح سنها ما بين 15 و 35 سنة)، ونادرا ما يكون البدء قبل 10 سنوات ويعد 35 سنة 45-50 سنة، ويكون الاستشفاء الأول غالبا قبل 25 سنة بالنسبة للرجال وبين 25 سنة بالنسبة للنساء، وتبلغ نسبة الفصامين حوالي 50% من المرضى العقليين المزمنين الذين يقيمون في مستشفيات الأمراض العقلية. مصطفى) لكل، (23-22:2011)

4 - النظريات المفسرة للفصام

4 - 1 - النظرية التحليلية:

ترى هذه النظرية أن الفصام هو نكوص إلى المرحلة الفمية، الى فترة ما قبل تميز الأنا من الهو، حيث يركز Freud على أسباب الاضطراب والتي تتحدد بالعمليات الكامنة

بدلاً من السلوك الظاهر. ويؤكد Freud على أهمية السلوك النرجسي المكثف والأساسي في هذا الاضطراب. كما ترى مدرسة التحليل النفسي، أن الفصام هو عبارة عن صراع بين الأنا والهو يعني أن الصراع بين القوتين يؤدي بالشخصية إلى الانسحاب وتوجيه الطاقة الليبيدية، إما داخليا أو خارجيا ويكون توجيه هذه الطاقة إلى الداخل مقصودا، أما في الحالة المرضية، فإن الطاقة الليبيدية تأخذ انحرافا في المسالك الطبيعية يسميه Freud انحراف مسالك الليبيدية.

وبالتالي تتحرف هذه الطاقة الليبيدية. بسبب الصراع الذي يمنعها للخروج إلى الواقع لتلبية الحاجيات وبالتالي يحدث انحراف عن المسار مما يؤدي تشوه حركة الدوافع مما يؤثر على طبيعة وخصائص الحاجات فتخرج إلى الواقع على شكل سلوكيات مشوهة اضطرابات تكون هلوسية أو توهمية.

4 - 2 - النظرية السلوكية:

تتظر هذه النظرية إلى الفصامي، على أنه قد اكتسب وألف عادات سيئة متعلمة مكتبة وثابتة تنشأ نتيجة للتفاعل غير المناسب، أو الخاطيء من البيئة كالانسحاب والانطواء، العجز عن تقبل الواقع والمثالية والاستغراق في أحلام اليقظة، وغالبية العوامل النفسية تظهر كعوامل مفجرة للفصام. مصطفى لكحل وبن عمر عراج، 2012: 12-13 5 - مميزات الشخصية الفصامية: تعتبر الشخصية الفصامية بمثابة الأعراض الأولى أو

الممهدة للإصابة بالفصام فالشخصية الفصامية تتسم بمايلي:

- العزلة والوحدة والكتمان والتحفظ والانغلاق على الذات.

- صفق العلاقات الاجتماعية وتفضيل الأنشطة الفردية.

- صعوبة التعبير عن المشاعر والحساسية الزائدة.

- مواجهة الواقع بأساليب انسحابية هروبية كالاستغراق في الخيال وأحلام اليقظة. العناد والخلل. ولقد أشار في هذا الصدد كرتشمير (kertshmer) أن الشخصية الفصامية تتضمن

بذور مرض الفصام حيث كان يعتقد أن هذه الشخصية هي مظهر جزئي للمرض والذي يظهر بشكل نهائي في هيئة مرض الفصام) طارق بن علي الحبيب، 2008:27)

- أسباب الفصام يعد الانفصام من بين الاضطرابات التي لا تزال حلقات البحث الطبي النفسي والعقلي تسعى بدقة على الأسباب الكامنة وراء ظهور الأعراض الفصامية لدى المصابين به ويمكن تلخيص هذه الأسباب فيما يلي: 1-6 - الوراثة ظهر الاعتقاد بأن للفصام أسباب وراثية، وذلك بملاحظة ارتفاع معدل حدوثه في عائلات معينة دون أخرى، وقد تكون أفضل الأساليب للبحث عن مدى تأثير العوامل الوراثية للإصابة بهذا المرض هو معدل التطابق في الفصام تبلغ بين التوائم المتطابق 47 دراسة للتوائم على مدى 20 سنة، فوجد أن متوسط مقابل 15 بين التوائم المتأخية (قاسم) حسين صالح، 2008)

- العوامل البيوكيميائية: اكتشف أن تسير L - dopa gl amphetamine التي ترفع نسبة الدوبامين وتستثير ذهانات تجريبية، تعقد الأعراض الفصامية والمثبطات العصبية تحسن من هذه الأعراض لنشاطها المضاد للدوبامين، وهذا ما فتح المجال لبروز الخاصة بالدوبامين حيث ترتفع كميتها في المشبك العصبي ومن هنا أتت الفرضية الدوبامينية Dopaminergique والتي تعتبر أن الأعراض السلبية (انعزال - فقد الطاقة هي بسبب انخفاض في انتقال الدوبامين في الدماغ في حين أن الأعراض الايجابية) هلاوس - هذيانات) هي نتيجة لارتفاع في الدوبامين. (مصطفى لكحل، 2011:25)

- المعطيات التشريحية تشير معطيات حديثة إلى أن الفصام يمكن أن يكون ناتجا عن النمو غير السوي الذي يصيب الفصوص الصدغية المتوسطة حصان البحر ghipocampe للوزة Amygdale والفص الصدغي والجبهى للقشرة المخية. (مصطفى لكحل وبن عمر عواج،

(17:2012)

- عوامل نفسية: إن الصراعات النفسية وما ينتج عنها من شعور بالإحباط والفشل في أساليب التوافق تؤدي إلى حدوث الاضطرابات العقلية، كذلك الصدمات النفسية والحرمان في الطفولة المبكرة. فالفصام يعتبر استجابة لحالة نفسية متميزة باختلال في وظيفة استقبال

المنبهات الحسية وضعف الأنا واضطراب العلاقة مع المحيط. وقد أثبتت الدراسات الحديثة وجود تلف في الإدراك والانتباه، وكذا المعرفة عند أغلبية المرضى الفصامين، كما يكون لديهم استعداد جد حساس الأحداث الحياة، القلقة، كما وأن لديهم استخدام مرضي لبعض الآليات الدفاعية (رمضان محمد القذافي، 2002: 127)

وقد أشار (Fargeman) في عام 1963 أن الذهانات نفسية المنشأ، وأشار الى أن مآل من أصابهم تلك النوبات الذهانية الحادة يعد جيدا مقارنة بمرضى الفصام الآخرين.

ان هذا النوع من النكوص (الفصام) يمكن أن يترسب بواسطة الصراعات أو الضغوط التي تنتاب المراهق في مقابلة مشكلات النضج، ولكي يتجنب المراهق هذه الصعوبات فانه يتقهقر نحو النموذج الطفولي الى مرحلة الدنيا حيث كان أكثر أمانا، انها وسيلة هروبية من التبعية وتجنب الشعور بمرارة الفشل والخيبة في مواجهة الصعوبات والمشاكل والسبب في أن المراهقة تبدو أكثر مراحل النمو النفسي استهدافا للسلوك النكوصي فان هذا يرجع الى فرط حساسية المراهق لموقف المجتمع منه وكيفية استجابات الآخرين لتصرفاته، الا أن الأسلوب النكوصي لا يرجع لتأثير لا يرجع البيئة فحسب بل يتأثر بالجهاز العصبي وجهاز الغدد والوراثة (عبد اللطيف حسين فرج، 2009: 169)

- العوامل الاجتماعية: وهي تتعلق بالظروف البيئية التي يعيشها الفرد المصاب، وبالمجتمع الذي نشأ فيه وان هذه العوامل لها أهمية كبيرة في المجال ولكنها قد تكون محدودة بالنسبة لأسرة الفصامي أو الذي له صلة اجتماعية، به حيث تتعلق هذه العوامل بالمختصين المسؤولين عن منع حدوث الفصام، ولكن في حالة الاصابة به يكون الوقت قد فات وسبق أي محاولة لتغيير الظروف الاجتماعية الأسرة بالدرجة الأولى). كذلك الظروف الثقافية من أجله وهذا يتطلب عملا على نطاق واسع يتولى القيام به علماء الاجتماع علماء النفس والتربية الخاصة والمختصين في مجالات علم البوائيات والصحة العامة، ويمكن الإشارة الى نقطة مهمة وهي أن العوامل الاجتماعية والثقافية تؤثر على الفرد من خلال الفعل الوسيط للعمليات العقلية. كما أن عوامل الفقر والحرمان والضغوط الاجتماعية والهجرة الانشاء لأقلية

اجتماعية من شأنها أن تعمل على ارتفاع معدل حدوث المرض، وقد دلت دراسات أجريت للكشف عن مدى تأثير العوامل الاجتماعية تقلل عن تقدير الذات لدى الفرد مما يسهل الإصابة بالمرض النفسي وصعوبة الشعور بالتفاعل وضمان الأمن فتزداد فيه معدلات الإصابة بالفصام، اذ يتضح من كل هذا أن العوامل الاجتماعية التي يترتب عليها الاحساس بالمعانات أن تكون مباشرة في الإصابة بالفصام كما يرى (كوير) أن الفصام انعكاس لنمط التنظيم الاجتماعي والاقتصادي لمجتمع معين (وئام بوزياني، 2013: 24-25)

- عوامل أخرى وتتمثل في بعض العوامل التي قد تكون هي المسؤولة عن الإصابة بالفصام منها حدوث مضاعفات داخل الرحم. حدوث خلل في طريقة التوليد الصدمة الولادية. عوامل الضغط النفسي الاجتماعي وجود أو عطل في العلاقات الاجتماعية والصعوبات التي تتعلق بالمجال المدرسي أو المهني مصطفى لكحل وبن عمر عواد 2012: 20-19

5 - أعراض الفصام يمكن تقسيم أعراض الفصام الى مايلي:

5-1 - التفكك يظهر عرض التفكك في عدة أبعاد منها:

- الجانب العقلي.

- الجانب الوجداني.

- الجانب السلوكي.

ينجم عن هذا التفكك فقدان في التماسك الخاص بسيرورة العقلية ومنها مايلي: التناقض الوجداني الغريبة، الانفصال عن الواقع.

5-1-1 - التفكك العقلي: يمس ذكاء الانسان والوظائف العقلية، ويتجلى في أربع مستويات كالآتي:

- اضطراب مجرى التفكير ويتميز بغموض في الأفكار وغراباتها، وحدث انقطاعات في التفكير عدم قدرته على الاجابة بشكل سليم ودقيق مع تكرار لمجموعة من الأفكار.
- اضطراب اللغة حيث يميل المريض الى المخلوق وتتميز بالتكرارية واختراع لكلمات جديدة.
- اضطراب المنطق كظهور أفكار لا منطقية وتفكير يتميز بالبرودة.

-اضطراب الانتباه والتركيز: يشعر المريض بأنه هناك أفكار وإدراكات خارجية تجتاح عقله وتلفت انتباهه.

5-1-2- تفكك العاطفي: حيث الفصام من المريض يعيش حياة عاطفية بعيدة كل البعد عما يعيشه الأفراد عاطفية ونكوص عاطفي. وقد تظهر عدة تجليات عن الجانب العاطفي عند المريض مع نذكر منها بعض التصرفات الشاذة: في البداية تمس الجانب الجنسي مثل pedophilie وسلوكات الشاذة.

5-1-3 - التفكك السلوكي (التخشبي): تظهر على المريض سلوكات غريبة تعكس نشاطه الفكري منها انخفاض في الارادة غياب بعض النشاطات ذات الفعالية، ظهور الصمت مع بعض النمطية في الحركات.

5 - 2 - الهذيان:

هو عبارة عن أفكار ومعتقدات يقوم المريض ببنائها ونسجها ويؤمن بها امانا قاطعا. الهذيان عند الفصامي غير منظم. (يستعمل عدة مواضيع لا يستقر على موضوع واحد مثل البارانويا وغير متناسق موضوع تظهر في تجليات عاطفية مع قلق وعدوانية.

5 - 3 - الانعزال أو العزلة (توحد الفصام):

ويقصد به محاولة المريض بناء عالم خاص به ويتجلى بالانطواء على الذات افتقار إلى العلاقات أو صدقات، وعدم القدرة على التكيف (-219:2000, Parados et Tribolet (220)

8- أشكال العيادية للفصام:

لقد تعددت أشكال أو أنواع الفصام واختلفت تصنيفاتها وذلك لتداخل هذه الأنواع فيما بينها كذلك احتمال انتقال المريض من نوع إلى آخر والأهم من هذا هو العلاج الذي يكاد يكون متماثلا وعلى الرغم من هذا يمكن التطرق إلى أهم أنواع الفصام وهي كالتالي:

8-1 - الفصام البسيط:

يعتبر هذا النوع أبسط الأنواع خطرا أو شدة من حيث الدرجة، يتسم أفراد هذه الفئة بالتبذل العاطفي الانفعالي والانسحاب من العلاقات الاجتماعية وعدم الاهتمام بالجنس وعدم الإحساس بالمسؤولية والانخراط في صفوف المتشردين أو المجرمين، ويتصف سلوكهم بالاتكالية والاعتماد على الآخرين ويفقدون أي حافز أو دافع للتحصيل أو الإنتاج وظهور تدهور عقلي واضح ويظهر الفصام البسيط بشكل تدريجي يبدأ بعدم الاهتمام واللامبالاة في كل شيء ثم فقدان الإرادة والطموح والدوافع وأخيرا تظهر الهذات والهأوس ويصبح المريض بحاجة للعلاج.

8 - 2 - الفصام الهيفريني (المراهقة) وكلمة Hebe :

هي في الأصل اسم الآلهتين زيوس HeraZeus هيرا وهي أيضا تشخيص للربيع وللشباب وتستخدم كلمة Hebe عادة كمقطع يعني الشباب. والسلوك في هذا النوع من الفصام يكون أحرق وشاذ ويسميه (كربيلن) جنون المراهقة، ينشغل في الموضوعات الفلسفية والدينية والأمور الجنسية والعادة السرية وكثرة التخيل والأوهام والانهيار الشديد ويظهر فيه ضحك طفولي ينقلب الى بكاء وصراخ. ويعتقد المريض أن أعداء يلاحقونه ويستغرق المريض بأفعال جنسية علنية دون ادراك لما يفعل، ويميل المريض لتكشير وجهه والتفاهة في سلوكه، ويعتقد أن دماغه قد تحلل وأن أمعاءه مليئة بالإسمنت أو قلبه مليء بالرمل.

8 - 3 - الفصام التخشيبي:

ويتصف بالانسحاب الكامل من الواقع وأمل الشفاء في هذا النوع قائم أكثر من بقية الأنواع، وفي الاستجابة التخشبية يتقلب المريض بين ذهول عميق وبين حالة الإثارة، وفي حالة الذهول تجمد كامل قد يستمر لساعات ولا يقوى على التبول أو التبرز أو الحركة وفي حالة الإثارة يمشي بسرعة ويسلك سلوكا جنسيا مكشوبا ويقوم بأفعال عدوانية ضد غيره وأحيانا ضد نفسه، ويتسم الفصام التخشيبي أساسا بالأعراض السلبية وخاصة عدم الإيجابية للمثيرات البيئية.

8 - 4 - الفصام الكتاتوني:

يتسم هذا النوع بأعراض حركية غريبة فالمريض في حالات يكون بها ساكنا وفي حالات أخرى هائجا ومتمردا، ويعاني من هلاوس وهذات قوية ويكون في حالة ذهول كاتاتوني وهو: فإذا رفع الطبيب يده عاليا في أي وضع فإنه يحتفظ بذراعه ممتدة في الهواء لعدة ساعات (وئام بوزياني، 2013، 29-30)

8 - 5 - الفصام البارانوي (الذهائي):

وهذا النوع من ذهان الفصام يتميز أساسا بأوهام ويقع المريض تحت وطأة أوهام الاضطهاد والقسوة أو أوهام العظمة أو كليهما فالشخص الذي يشعر بأنه مضطهد قد يتمسك باعتقاده أن الناس يحاولون دائما قتله مع محاولة تقديم أدلة على ذلك هذه الأفكار التي تؤدي به الى موقف التهجم على الآخرين أو محاولة الانتحار وعندما تتحول أو تتركز هذه الهذات حول أعضاء الجسم ووظائفها وإحساسات المريض، فيصبح مرض الفصام الهيبفيريني.

8 - 7 - الفصام الحاد:

غير المتميز للتفكير فيه مختلط مشوش والاستجابة الانفعالية تظهر على شكل إثارة أو اكتساب ودراسة الحالة تنبئ على انهيار مقبل.

8 - 7 - الفصام الطفولي:

ما يزال هذا النوع مشكوك فيه وموضوع جدال بين العلماء لأن الفصام مرض يبدأ بمرحلة البلوغ، وقد تم إدراجه عام 1952 في الكتيب الإحصائي التشخيص للجمعية الأمريكية للطب النفسي وقد وصف العالم (بندر) مظاهره كالتالي:

- اضطراب الوظائف الحيوية من الأكل وتغرق وتبول.
- اضطراب في النشاط الحركي ودورات الدماغ بعد 6 سنوات.
- خلل في الاتزان الإدراكي واستعمال اللغة ومهارة ونبوغ في الرسم والموسيقى.
- اضطرابات سيكولوجية في مشكلات العلاقة بين الذات والواقع والبيئة والعلاقات غير الذاتية

محطمة دون شك، وكذلك التوجيه في الزمان والمكان غير واضح وان الفصام في الطفولة هو حالة نادرة وئام) زياني، 2013:30-31

8 - 8 - الفصام شبه العصابي:

تتداخل في هذا الشكل الأعراض الفصامية بشكل خفيف ومحدود وتمس اضطرابات التفكير وأعراض عصابية ثانوية مختلفة يسيطر عليها القلق.

وغالبا ما يكون البدء باضطرابات ذات مظهر عصابي ويكون التشخيص صعبا.

- أعراض عصابية خاصة الرهاب الوسواس الهستيريا النموذجية مع وجود عرض التفكك، أفكار هذيانية. خوف خاصة اجتماعي مع انطواء وخوف هذيان من أن تكون أفكاره مرئية وملاحظة.. وسواس واجترار فكري دون وجود أي صراع حقيقي.

- مظاهر. هيسيرية غالبا ما تكون بارزة مع احتمال أن تكون حالات ثانوية غسقية وخيالية. اضطرابات عاطفية ذات أهمية.

- تطور دوري مع فترات سلوكية ذهانية. يكون فيها التناقض بين الحالة الفصامية والحالة العصابية في تشكيل صورة لحالة حدودية يتطور المرض الى ظهور هجمات فصامية هوسية تشتد فيها الاعراض الذهانية.

8 - 9 - فصام الشخصية شبه المرضية:

في هذا النوع من الفصام تبرز أكثر اضطرابات السلوك من نوع السلوكات المخالفة للمجتمع اندفاع مع برودة في العواطف ويتميز بما يلي: مظاهر نمطية غير منظمة وغرابة في السلوكات المخالفة للمجتمع. وجود سلوكات الانحراف عن قيم المجتمع. (مصطفى لكحل وبن عمر عواج، 2012:35-36)

والتشخيص الفصام يتطلب تشخيص الفصام مجموعة من المعايير وهي كالتالي:

- حسب دليل التشخيص الأمريكي الرابع للاضطرابات النفسية والعقلية DSM IV:
الاعراض المميزة: يجب توفر على الأقل اثنان أو أكثر من هذه التظاهرات كل واحدة منها تدوم لفترة معتبرة من الوقت وذلك خلال شهر على الأقل (أو أقل عندما تستجيب بطريقة ملائمة للعلاج.

- أفكار هذيانية.
- هلاوس.
- حديث غير منظم.
- سلوك غير منظم.
- أعراض سلبية مثلا: الامتناس العاطفي، ندرة الكلام أو فقدان الإرادة. (مصطفى لكحل، 2011: 40)

خلل الأداء الوظيفي الاجتماعي المهني خلال فترة مهمة من الوقت ومنذ بداية الاضطراب، فإن مجالا أو أكثر من مجالات الأداء الوظيفي كالعامل أو العلاقة بين الشخصية أو الرعاية الذاتية هي بصورة جُلْبُه دون المستوى المتحقق قبل النوبة أو الاخفاق في بلوغ المستوى المنتظر في العلاقة بين شخصية أو الإنجاز الأكاديمي، أو المهني عندما تكون الهجمة في الطفولة أو المراهقة. المدة: تدوم علامات الاضطراب المستمرة ستة أشهر على الأقل. ينبغي أن تتضمن فترة الستة أشهر هذه شهرا من الأعراض أو أقل إذا عولجت بنجاح التي تحقق المعيار (A) (أي أعراض الطور الإيجابي وقد تتضمن فترات من الأعراض الباردة أو المتبقية، قد يتبدى الاضطراب أثناء هذه الفترة الباردة أو المتبقية بأعراض سلبية فحسب أو اثنين أو أكثر من الأعراض المدرجة في المعيار (A) التي تكون موجودة بشكل مخفف (مثال اعتقادات مشعرية خبرات ادراكية غير مألوفة).

استبعاد اضطراب الفصام الوجداني واضطراب المزاج

استبعاد اضطراب الفصام الوجداني واضطراب المزاج مع مظاهر ذهانية اما لانه لم تحدث نوبة هو سية أو نوبة مختلطة في وقت ما مع أعراض الطور الايجابي. أو إذا حدثت نوبات المزاج أثناء أعراض الطور الايجابي، فان مدتها الكلية كانت قصيرة بالنسبة الى مدة الفترتين الايجابية والمتبقية. (وئام بوزياني 2013، 33-34)

استبعاد أي مرض طبي عام ناتج عن أي مادة الاضطراب لا يكون ناتج عن الآثار الفيزيولوجية لأي مادة) أي إساءة استخدام مخدر، دواء)، أو عن إصابة طبية عامة مصطفى لكحل، 2011:41)

- التشخيص الفارقي للفصام ويقصد به التمييز بين مرضين متماثلين باكتشاف العرض الذي يتسم به أحدهما أكثر من الآخر. ويكون التشخيص التفريقي كمايلي:
الفصام شبه الزرواني: الهجمة الهذيانية الحادة، التناذر الخلطي وهذيان زوراني وهذيان بارافيني.

- أما الفصام شبه العصابي: عصاب الرهاب الهيستيريا الوسواس.
-فصام الشخصية شبه المرضية اضطرابات السلوك وسلوكات منحرفة.
- كذلك الهذيان العضوي وأمراض المخ كما نلاحظ أعراضا جسمية واضحة بينما يبقى الذكاء والذاكرة دون تدهور.

ذهان الهوس والاكتئاب يتغير ويشد بسرعة وفي الاضطرابات الشخصية نجد ارتفاعا واندفاعا نحو الانحراف والذي تمتد جذوره الى الطفولة (مصطفى لكحل وبن عمر عواج، 2012:37-38)

9- علاج الفصام تنقسم أساليب العلاج الى:

9 - 1- العلاج بالأدوية:

ويكون باستخدام المثبطات العصبية والتي تعتبر من أهم الادوية النفسية للذهان وخاصة للفصام فهي فعالة على الأعراض الايجابية مثل الهلأوس والهذيانات والأعراض السلبية مثل الانقطاع عن العالم الخارجي أو الانعزال الاجتماعي أو البلادة الانفعالية العاطفية.

أغلبية الفصامين يستلزم عليهم مزأولة هذا العلاج لعدة سنوات ومع ذلك الانتكاسة ومن أمثلة هذه الادوية المستعمل - - Haldol Largactil - Zyperxa - Riseperdal - Nozinon مصطفى لكحل وبن عمر عواج، 2012:42 عمرعو شائعة.

9 - 2 - العلاج بالصدمة الكهربائية:

ويستخدم هذا العلاج بفاعلية في عدد قليل من حالات الفصام وقد أثبت هذا النوع من العلاج تحديداً فعاليتها مع مرضى الفصام من النمط الكاتوني. كما وجدت ملاحظات أن مرضى الفصام الذين تقل مدة مرضهم عن سنة واحدة. يستجيبون بصورة جيدة لهذا النوع من العلاج (محمد غانم، 2007: 149)

9 - 3 - العلاج النفسي:

حيث يعتبر هذا العلاج فعال باستخدام طرق نفسية وحسب G.Postal: هو استعمال الطرق النفسية لمعالجة مرض عقلي العلاج مع مرضى الفصام، وكان طويلاً امتد من ثلاث إلى خمس سنوات وما تجد الإشارة إليه هو أن العلاج النفسي يمكن تطبيقه من خلال استخدام عدة طرق مختلفة.

العلاج الفردي: الذي يهدف إلى تنمية الجزء السليم من الشخصية وإعادة تنظيمها والاهتمام بإزالة أسباب المرض وشرحها وتفسيرها وإشباع حاجات المريض وتخفيض القلق وإعادة ثقته بنفسه. العلاج النفسي الجماعي: مع الاهتمام بأفراد الأسرة والأقارب لمساعدة المريض وبفقد التحليل النفسي في حالات قليلة جداً مع التركيز على محاولة إصلاح ضعف الأنا ويهدف إلى تحقيق التوافق النفسي الاجتماعي العلاج المعرفي: وهو عبارة عن طريقة علاجية فعالة محدودة ومنظمة تقوم على تعليم المريض كيفية تهيئته لمختلف الاستجابات أمام المشكل ثم يختار الأكثر تناسبا مع الموقف من خلال استخدام برنامج علاجي لمعالجة الوظائف المعرفية المضطربة وتعلم التنسيق والربط بين المعلومات (مصطفى 50- 2011: 49)

10- تطور ومآل الفصام:

يمكن للتطور أن يتخذ عدة أشكال فقد يكون فوراً حالياً كما أنه يتخذ أبواب التفكك والهذيان تتخللها فترات متكررة أو طويلة.

بعد الفترة الهذيانية الأولى يمكن للمصاب أن يظهر عليه التحسن التدريجي يكون فيها استخدام هادئ للعلاقات في خمس سنوات الأولى والانتكاسات غالبا ما تقع في أثناء تطور المرض. تتحسن الأعراض الايجابية مع الوقت أما الأعراض التفككية مثل: الانطواء، اللاتوافق الاجتماعي، تكون أكثر خطورة. من 20% الى 30% يظهرون أعراضا خفيفة. من 40% الى 60% لا يظهر لديهم أي تحسن ويكثر فيها الانتحار بنسبة 5%.

(مصطفى لكل عمر صباح 39.2012)

- ظهور المرض في سن متأخر.
- العوامل المفجرة واضحة.
- ظهور المرض بصورة فجائية وحادة وعنيفة.
- أعراض ايجابية.
- وجود حالات اضطرابات وجانية بين الأقارب.
- ظهور العديد من الأعراض الفصامية الموجبة.
- وجود دعم ومساندة جيدة.
- محكات تساعد على تنبؤ بالمصير والمآل السيء:
- ظهور المرض في سن مبكرة.
- غياب العوامل المفجرة.
- عدم توافق في عدة مجالات قبل ظهور المرض الانطواء.
- وجود حالات فصام بين الأقارب.
- عدم وجود دعم ومساندة.
- وجود العديد من الأعراض السالبة للفصام.
- كثرة الانتكاسات.
- وجود علامات تدل على إصابة الجهاز المركزي (محمد) غانم، 2007: 154-155).

ثالثاً: اضطراب ثنائي القطب

1 - تعريف ثنائي القطبي:

يتعرض المريض بالاضطراب ثنائي القطب لعدة نوبات. وفي بعض الأحيان النوبات كثيرة جداً - يتعكر فيها المزاج ويتراجع مستوى النشاط بشكل واضح فيمكن أن تكون هذه النوبات مصحوبة بمزاج عالي وحركة متزايدة ونشاط متزايد (هوس) أو مصحوبة بمزاج معتوق وحركة متسائلة وتشايط متراجع (الكتاب). إنا نحن يسند مزاحين الثالين متضادين، أحدهما المزاج المرح أو المقيم بالسرور والآخر المزاج الاكتتابي المتهاوي أو "متعكر الصفر" ويمر المصابون بالمرض بمستتقع تضارب المشاعر قد تطفئ هذه التقلبات المزاجية لدرجة أن تلغز معها الحياة اليومية العادية وبجانف طرفي النقيض هذين من التغيرات المزاجية والتغيرات المصاحبة لها أيضاً في السلوك وفي التفكير، يمكن تحدث أيضاً تغيرات طفيفة تولا ما وليست جذرية. وقد تأتي أيمنا مراحل تظهر فيها أعراض هوسية وأخرى الكتابية بالتزامن تعرف بالدريات المختلطة).

2 - الأسباب المحتملة وظروف النشأة:

مبدنيا يتعين الانطلاق من تكالف عوامل مختلفة يجمعها تفاعل متبادل. وهنا تلزم الإشارة إلى العوامل الوراثية (الجينية) من ناحية وإلى عوامل الإجهاد النفسية الاجتماعية من ناحية أخرى، وخاصة عوامل التوتر. بمعنى أنه يتعين الانطلاق من تشابك عوامل بيولوجية وأخرى نفسية اجتماعية. يؤدي المكون الجيني دوراً مهماً في حالة الهوس الاكتتابي. وهذا يتعين الانتباه إلى توارث النزعة أو الميل إلى المرض على أن الهوس الاكتتابي لا يعتبر مرضاً وراثياً بالمعنى الحقيقي إذ لا يوجد جين تألف بعينه مسؤول عن المرض، إلا أن العوامل الوراثية تؤدي دوراً كبيراً، انطلاقاً من الفرضية الحالية التي تقول باشتراك عدد كبير من علما بأن الجينات في عملية نشأة المرض من المحتمل أن تكون أكثر من 100 جين البحث العلمي قد قطع شوطاً طويلاً في هذا المجال حالياً نحو 50% من كافة مرضى الاضطراب ثنائي القطب لديهم اقارب يعانون أيضاً من المرض ذاته. وفي حالة التوائم

المتماثلة توأم متماثل تماما من الناحية الوراثية تتراوح احتمالية إصابة التوأم بمرض الاضطراب ثنائي القطب بين 60 و 80 في المائة حتى وإن كان الأخ الآخر مريضا بمرض الاضطراب ثنائي القطب. وفي حالة التوائم ثنائية المشيمة تقدر احتمالية الإصابة بالمرض بنسبة 20 في المائة. ومن المعروف بناءً على الفحوصات الأسرية ودراسات التوائم والتبني أن خطورة الإصابة بالمرض تكون مرتفعة بالنسبة للأقارب من الدرجة الأولى (مثلا لأطفال الآباء المصابين بمرض ثنائي القطب).

وهؤلاء الأقارب من الدرجة الأولى ليسوا فقط معره بدرجة كبيرة للإصابة باضطراب ثنائي القطب، بل هم أيضا عرضة بدرجة كبيرة للإصابة بالاكتئاب أحادي القطب أو الإصابة بأمراض نفسية أخرى مثل اضطرابات الخوف أو تعاطي الكحول والمخدرات أو أحدهما بالتالي فإن المرض ثنائي القطب ليس مرضا وراثيا تقليديا"، بمعنى أنه لا يمكننا الجزم بأن طفل المصاب بمرض ثنائي القطب سوف بمرض هو الآخر بدرجة كبيرة. يتعين دائما وأبدا أخذ العوامل الأخرى في الاعتبار، خاصة العوامل البيئية. فحتى اليوم ما زلنا نجهل إلى حد كبير الطريقة التي تتفاعل بها البيئة والجينات إحداها مع الأخرى وإلى الآن تقترض البحوث الطبية وجود قالب وراثي معين مسؤول حال تفاعله عن الميل الوراثي إلى الاضطرابات ثنائية القطب وليس جيلاً فردياً.

وخصوصا أنه يفترض تعرض الجينات المرتبطة بأيض الوسائط الكاوية (النواقل العصبية) لتغيرات والنواقل العصبية هي وسائط كيميائية تشترك في نقل النقص العصبية في الدماغ حالة المصابين بمرض ثنائي القطب تظهر تغيرات على هذه السوق العصبية في مراحل في المرض. وتهدف النواقل العصبية إلى تحقيق التواصل بين الخلايا في حالة الاكتئاب تشارك في المقام الأول النواقل العصبية نور أدرينالين وسيروتونين، بينما يحتمل بالأخرى حدوث زيادة في الدوبامين والنور أدرينالين في مراحل الهوس قد تظهر أضرار بيولوجية أخرى أثناء المرض ثنائي القطب على قنوات أيونات الكالسيوم، التي يتم من

خلالها تبادل الكالسيوم بين الخلايا مما قد يعود بالضرر على وظائف معينة مسؤولة عن نقل المعلومات.

وبدورها تظهر نتائج تحاليل الأعصاب والغدد الصماء عوامل بيولوجية أخرى يمكن أن تحدث خلا في التوازن داخل مناطق الدماغ المنظمة للهرمونات (تحت المهاد والغدة النخامية)، إضافة إلى الخلل في قشر الكظر والغدة الدرقية. فعلى سبيل المثال قد تظهر تركيزات مرتفعة من الكورتيزول في حالة المريض بالهوس أو المريض بمراحل مختلفة لاضطراب ثنائي القطب وبجانب العوامل البيولوجية، تعتبر العوامل المثيرة للمرض ذات أهمية بالغة هنا تجدر الإشارة بالأخص إلى التوتر باعتباره من العوامل المهمة المسببة لمرض ثنائي القطب. فالأحداث أو المواقف الحياتية المؤلمة التي يعيشها الفرد بنوع من التوتر الشديد يمكن أن تكون مسببة لمرض ثنائي القطب، منها على سبيل المثال الانفصال أو الطلاق أو موت أحد المقربين.

وكذلك أيضا تغيرات الحياة الجذرية التي لا تعتبر سلبية بالضرورة، ومنها على سبيل المثال الزواج والانتقال إلى سكن جديد والتقاعد عن العمل كذلك قد تظهر مراحل مرضية أخرى بعد فترات مليئة بالتوتر، كان يكون ذلك بعد اجتياز اختبار معين يكثر أن تكون هناك معاناة كبيرة من التوتر قبل ظهور نوبة أولية من المرض. بينما يندر أن ترتبط أطوار المرض المتأخرة نسبيا بتوتر كان في السابق (يسمى ذلك تأثير التهيج خصوصا اضطرابات وتيرة النوم والاستيقاظ - لا سيما أيضا قلة النوم - يمكن أن تتسبب في افتعال نوبات مرضية كامنة بجانب ذلك يمكن لعوامل الإجهاد النفسية الاجتماعية ولتعاطي المخدرات و/أو الإفراط في شرب الكحوليات أن تتسبب في إحداث نوبات مرضية كاملة. يمكن القول إجمالاً بأنه لا يوجد سبب واحد فقط لنشوء مرض ثنائي القطب وإنما ترجع نشأته إلى عوامل مختلفة تتفاعل فيما بينها سواء كانت عوامل بيولوجية - ويقصد هنا في المقام الأول العوامل الوراثية - أم عوامل بيئية لا سيما عوامل التوتر ويمكن الانطلاق مما يعرف باسم "نموذج القابلية والتوتر"، ويقصد به تضافر ميول وراثية لتطور مرض ثنائي القطب. ثم لا يظهر

المرض إلا عندما تؤدي ظروف حياتية مزعجة إلى المرور بموقف مفعم بالتوتر وفي ظل هذه القابلية قابلية الدماغ لعوامل توتر معينة) يستشري المرض. يمكن أن يساعد فهم "نموذج القابلية والتوتر" هذا المرضى في التأثير على مرضهم بشكل أفضل من خلال محاولتهم التعرف على عوامل التوتر كل على حدة ومحاولة تقليلها.

3- مسار الاضطراب ثنائي القطب وأشكال المسارات المختلفة:

يتميز المرض ثنائي القطب بما يعرف بالنوبات التي قد تظهر في شكل حالات هوس أو اكتئاب أو هوس خفيف أو حالات تجمع بين الهوس والاكتئاب، إضافة إلى ظهورها بالتدرج ويعتبر القلب من السمات النمطية لكافة الاضطرابات الوجدانية التي ينتمي إليها المرض ثنائي القطب. ويمكن أن تكون هناك فواصل صحية خالية من المرض "بين النوبات المفردة، لا يشكو فيها المريض من أي شيء تماما. لكن مع التقدم في السن تنقلص عادة الفترات الخالية من الشكاوى، بل يمكن أن يكثر ظهور النوبات المرضية؛ ولمنع ذلك تستخدم أدوية على سبيل الوقاية يظهر المرض ثنائي القطب لدى معظم المرضى للمرة الأولى في سن الشباب أو في سن البلوغ المبكر.

وهو ما يعتبر أمرا بالغ الأهمية، لأن المرض يبدأ في مرحلة زمنية يكون الشخص فيها بصدد اتخاذ خطوات تطويرية مهمة مثل إتمام الدراسة والالتحاق بتدريب معين. لكن في الغالب لا يكتشف المرض في سن الشباب، حيث تفصر التقلبات المزاجية في هذه المرحلة تفسيراً خاطئاً على أنها تقلبات مراهقة" بحكم السن وعادة لا توضع هذه التغيرات في نصابها إلا بأثر رجعي في مراحل المرض المتأخرة نسبياً. ومع الظهور الأولي لنوبة اكتئاب. يتعذر تصنيف هذه التغيرات كمرض ثنائي القطب، فقط يمكن ذلك في المرحلة المتقدمة مع ظهور نوبات الهوس أو الهوس الخفيف أيضاً. حينها فقط يمكن تشخيص المرض ثنائي القطب. يُعرف بناءً على فحوصات مسار المرض أن المريض معرض بدرجة كبيرة إلى الانتكاس خطيرة (الارتداد في نوبات الاكتئاب الحادة في من الطفولة والش الفحوصات إلى أنه كلما

كان عمر المرض أصغر وكلما شاعت كان مساره مزعجاً بدرجة أكبر، على سبيل المثال مرات متعددة

نسبياً النوبات الم مرضية شائعة وبارزة يصحبها أيضاً ظهور أعراض ذهانية أو السنة، عندما تستمر نوبة معينة من نوبات المرض لفترة طويلة جداً أو عندما تعود الشكاوى بشكل فقط أو عندما بطرا أمراض أخرى جسمية متفاقمة أو أمراض أخرى نفسية مصاحبة جزئي (على سبيل المثال أمراض إدمان أو خوف أو عند التفكير في الانتحار أو محاولة الانتحار. "باختصار يتميز المرض ثنائي القطب بمراحل متكررة من الاكتئاب والهوس. في حالة ترك المرض دون معالجة يمكن أن يتطور المرض مع الوقت إلى مراحل اكتئاب أو هوس متفاقمة. ومن شأن المعالجة المبكرة أن تخفف الشكاوى الحادة من ناحية، ومن ناحية أخرى تتطلع هذه المعالجة المبكرة إلى منع تجدد النوبات المرضية أو على الأقل إضعافها.

4. علامات أعراض الاضطراب ثنائي القطب:

تمثل الأعراض الرئيسية للاكتئاب في الانكسار مصحوباً بخوف وحزن وقلق وشك وكدر وسوء حظ وشعور بالخواء وفقدان الشعور وعدم القدرة على الاستمتاع والياس علأوة على ذلك يعاني المكتئب من ضعف الثقة بالنفس الشعور بالنقص والتقليل من الذات والشعور بالذنب والفشل أضف إلى ذ الحركة والنشاط واللامبالاة والخمول وقلة الحيلة وبطء الحركة والقلق الداخلي كذلك يمكن أن يظهر على المكتئب ضعف في التفكير والكلام من حيث البطء في التفكير أو التفكير المشوش أو صعوبة التفكير، إضافة إلى العدم الأفكار والسرطان واضطرابات التركيز والانتباه ومشاكل الذاكرة مع اضطرابات في القدرة على الملاحظة والتحدث بهدوء وبعده وقلة الكلام ومعاودة الحديث عن محتويات اكتئابية باستمرار والعويل المتزايد البائس لا سيما لدى المرضى كبار السن يمكن أن تكون الشكاوى الجسدية في إطار الاكتئاب لديدة التنوع التعب والشعور بالإرهاق والاعتناء والحاجة المتزايدة إلى أخذ قسط من الراحة وفقدان الرغبة الجنسية واضطرابات ما قبل النوم وأثناء النوم والاستيقاظ المبكر أو الحاجة المتزايدة إلى النوم. كما

يمكن أن يحدث ضعف في الشهية مع انخفاض في الوزن أو ازدياد الشهية مع تزايد الوزن في حالة الاكتئاب بتصرف. الأشخاص أيضا بتحفظ ولا يشعرون بأي رغبة في مقابلة الآخرين والقيام بنشاط ويتجنبون الاختلاط بالآخرين.

5 - التصنيف طبقا لمؤشر ICD-10:

التصنيف الدولي للاضطرابات النفسية منظمة الصحة العالمية (a) خفيفة (F32.0):
اثنان من الأعراض الرئيسية واثنان من الأعراض الثانوية على الأقل.
(b) متوسطة (F321): اثنان من الأعراض الرئيسية وثلاثة إلى أربعة من الأعراض الثانوية على الأقل.

(C) متفاقمة بدون مع أعراض ذهانية (32.2 / F323): كل الأعراض الرئيسية الثلاثة وأربعة أعراض ثانوية على الأقل، بعضها أعراض بالغة.
الحد الأدنى لمدة النوبة المرضية أسبوعان تقريبا:

- الأعراض الرئيسية
- المزاج الاكتئابي
- اللامبالاة والكدر
- ضعف الحركة
- والإرهاق المتزايد
- بالأعراض الثانوية:
- ضعف التركيز والانتباه
- ضعف الاعتزاز بالنفس والثقة بالنفس
- الشعور بالذنب قلة القيمة
- الأبعاد المستقبلية السلبية والتشاؤمية • التفكيك الانتحار ومحاولة الانتحار اضطرابات النوم.
- ضعف الشهية.
- الأعراض الرئيسية للاكتئاب

يمكن أن تظهر أعراض ذهانية من قبيل توهم الفقر أو الشعور بالخطيئة أو الذنب في مراحل الاكتئاب الحادة. كما يمكن أن يطرأ وسواس قهري بأنه لا وجود لعلاج لهذا المرض. إجمالاً تتسم شكاوى الاكتئاب متعددة الأوجه بأنها تمس كافة مستويات الكيان الإنساني: الكيان الإنساني من حيث التجربة والشعور العزن والانكسار والكدر الكيان الإنساني من حيث التقدير أفكار سلبية وتصورات كارثية واضطرابات في التركيز). الكيان الإنساني من حيث السلوك والحركة التحفظ الاجتماعي والخمول.

الكيان الإنساني من حيث الجسم القلق واضطرابات النوم والآلام ومعكرات الشهية من المهم التعرف على المؤشرات التحذيرية المبكرة للمرحلة المرضية من الاكتئاب بدورها تختلف المؤشرات التحذيرية المبكرة من شخص لآخر وتعتبر غالباً إرهاصات لتجدد إحدى الدوبات المرضية مهم أن يلاحظ المصاب أو اقرباءه المحيطون به المؤشرات التحذيرية المبكرة هذه وأن بالتمس بعد ذلك الوسائل العلاجية المناسبة ويمكن أن تكون المؤشرات التحذيرية المبكرة للاكتئاب على سبيل المثال: تعكر المزاج لعدة ساعات على سبيل المثال في الصباح، وانخفاض المستوى ومشاكل في التركيز والإرهاق السابق لأوانه والنسيان الخفيف والآلام والنوم المضطرب وانعدام الرغبة في ممارسة الهوايات أو مقابلة الآخرين والمشاكل المتعلقة بالتحفيز والقليل من الانفعال مع خوف متنام. ومن المشاكل الخطيرة المصاحبة لنوبات الاكتئاب الحادة مشكلة الفكر الانتحاري التفكير في الانتحار أو محاولة الانتحار) من المؤشرات التحذيرية بشأن خطورة الانتحار المحتملة التحفظ الزائد والإهمال والانشغال بمسائل الوفاة ووسائل الانتحار والإفراط في تعاطي الكحوليات و/ أو المخدرات وبصفة عامة يجب التعامل بجدية مع العبارات المتعلقة بالأفكار الانتحارية فمن الأخطاء الكبيرة القول الشائع بأن من يتحدث عن ذلك، فإن يقطه بطبيعة الحال". لكن معظم الذين أقدموا على محاولات الانتحار كانوا قد تحدثوا عنه مسبقاً.

كذلك من الافتراضات الخاطئة القول بأن الشخص المعني يريد فقط أن يلفت الانتباه إليه من خلال محاولة الانتحار، وهو ما يندر حدوثه في جميع الأحوال. أما ما لا يندر

حدوثه فهو أن يقدم الشخص على الانتحار مع نهاية فترة زمنية طويلة نسبيا تتسم بالاضطراب الاكتئابي الذي لم يتم التعرف عليه كما ينبغي أو لم تتم معالجته حتى ذلك الحين.

الأعراض الرئيسية للهوس يأتي الهوس مصحوبا بارتفاع الروح المعنوية والمرح الملحوظ والزائد والغرور والتفاؤل غير المفهوم والحاجة المفرطة إلى الاستمتاع والتحرر من القيود وعدم التحفظ لكن من الوارد أيضا أن يأتي الهوس مصحوبا بمزاج محيط مع الفعال خفيف وتسرع وضجر وميل إلى الشجار. تأخذ الثقة بالنفس منحى تصاعديا ويصل الأمر إلى إفراط في تقدير الذات وشعور بالعظمة والتفوق، إضافة إلى التسلط تزيد الحركة والنشاط ويصبحهما الإفراط في العمل واضطراب الحركة والشروع في الكثير من الأمور دون إتمامها، ويتضاعف التفكير والكلام، ويزيد التشنت وتتسارع الأفكار أضف إلى ذلك رسم الخطط غير الواقعية والكلام بصوت مرتفع وبوتيرة متسارعة. أما على المستوى البدني فتزيد طاقة الجسم، ويصل الأمر إلى الشعور بالقوة التي لا حد لها وتراجع رغبة الشخص في الراحة والنوم بشكل ملحوظ وتنامي رغبته الجنسية واحتمالية التحرر من القيود وسرعة التواصل.

وسلوكياً يعتبر مرضى الهوس اجتماعيين أكثر من اللازم ومغامرين وغير متحفظين في الغالب ولا يمكنهم تقييم المخاطر تقييماً واقعياً ويميلون إلى إنفاق الأموال هكذا دون تفكير ويميلون إلى الانغماس في الملذات ويتخذون قرارات غير مدروسة ويتصرفون بعفوية في العلن ويفتعلون الخلافات والمشاجرات ويمكنهم أيضا أن يتحولوا إلى العدوانية. وفي حالة تنامي أعراض الهوس يمكن ظهور أعراض ذهانية. وهنا تظهر عادة أعراض جنون العظمة والهوس الديني والهوس العاطفي. علاوة على ذلك قد يصل الأمر في حالة تفاقم الأعراض إلى الخداعات الحسية (مثل الهلوسات البصرية منها والسمعية. في أغلب الأحيان لا يكون مريض الهوس مدركاً لمرضه، بل ويشعر أنه في حالة صحية غير مسبوقة ظناً منه أنه في الوعي بضرورة العلاج في معظم الأحوال.

فيما يلي ملخص لأهم أعراض الهوس: زيادة شعور الاعتزاز بالنفس والافكار المميزة وتنامي القدرة على الإنجاز وعدم التحفظ والتحرر من القيود وفرط الحركة والثرثرة وتنامي الاستعداد للمخاطرة والتشتت واضطرابات الانتباه والتركيز وقلة الرغبة في النوم مصحوبة بنقص مدة النوم وزيادة النشاط الجنسي.

إذا لم تظهر أعراض الهوس بقوة واستمرت فقط لفترة قصيرة، يسمى ذلك بالهيومانيا" (هوس (خليف) عاليا يستمر المزاج المنحس نسبيا لعدة أيام أو الأصابع قليلة فقط بلحظ خلالها المريض زيادة طاقته البدنية وزيادة القدرة الذهنية على الإنجاز.

الهيومانيا هو نوع مخفف من الهوس، فعادة يبقى المرضى أسوياء من الناحية الاجتماعية ويحافظون على قدر كافي من التحكم في الذات. في حالة الهوس العنيف لا تظهر أية أعراض ذهانية المرضى أنفسهم لا يلاحظون في الغالب أنهم مريضون بالهوس الخفيف، نظراً لأنهم يعتبرون هذه الحالة من الهوس الخفيف التي يعيشونها حالة ممتعة. إلا أن أقارب المريض المحيطين به يستشعرون أعراض الهوس الخفيف في العادة باعتبارها تماثل إزعاجا لهم ويلاحظون الأعراض بالأخرى أكثر من الشخص المصاب نفسه يمكن أن تتمثل المؤشرات التحذيرية المبكرة للهوس الخفيف أو الهوس في فرط النشاط والقلق وتنامي الحركة وقلة الرغبة في النوم وزيادة الترترة وزيادة الرغبة في التواصل مع الآخرين والتشتت ومشاكل التركيز والانفعال المتنامي وكما ذكر سابقا مع المؤشرات التحذيرية المبكرة، تختلف هذه الأعراض المبكرة من شخص لآخر، ومن المهم التعرف على المؤشرات التحذيرية المبكرة للتعرف على بداية تجدد إحدى النوبات المرضية في الوقت المناسب قدر الإمكان وبالتالي اتخاذ الإجراءات العلاجية المناسبة.

- أعراض النوبة المختلطة:

إذا ظهرت أعراض هوس وأعراض اكتئاب أثناء مرحلة مرضية تسمى تلك باسم النوبة "المختلطة". في هذه الأثناء تتناوب أعراض الهوس مع شكاوى الاكتئاب في أوقات متقاربة جدا. وأيضا يمكن أن تظهر أعراض الاكتئاب وأعراض الهوس بالتوازي فمثلا قد يشعر

المصاب يضيق نفسي من ناحية، لكنه من الناحية الأخرى غير متحفظ ولديه فرط في الحركة، ويصعب التعرف على الحالات المختلطة التي تعتبر من الحالات شديدة الإيلام بالنسبة للمرضى.

6- معالجة (علاج) الاضطراب ثنائي القطب:

ميدنيا يجب أن تجري المعالجة بحسب حالة كل شخص سواء كان ذلك بخصوص المعالجة المكلفة أم بخصوص المعالجة الوقائية (ما يعرف بمنع ارتداد مراحل المرض السابقة)، لتكون المعالجة دائما من استراتيجيات علاج مختلفة، فيما تظل المعالجة الدوائية من العناصر شديدة الأهمية بصفة عامة يتطلب الأمر الحصول على معلومات تفصيلية وعلى توضيح بشأن الحالة المرضية ومسارها وإجراءات العلاج المرتقبة للمصاب ولذويه المحيطين على حد سواء تستهدف المعالجة الدوائية إعادة كل من المزاج والحركة ونمط النوم والاستيقاظ إلى الوضع الطبيعي ومنع ظهور مراحل مرضية أخرى.

من الأركان الأخرى المهمة للمعالجة العلاج النفسي مع إشراك أقارب المريض وأسرته، والإجراءات النفسية الاجتماعية بهدف إعادة الدمج الاجتماعي والمحافظة عليه والقدرة على التعليم والتأهيل والقدرة على العمل من المهم للغاية أن تعرف أن المرض ثنائي القطب يؤدي إلى ارتداد مراحل مرضية الانتكاس إذا ترك دون معالجة وأن خطر الانتحار (الانتحارية) يظل قائما، لا سيما مع أطوار الاكتئاب لذلك يتعين حتما إعطاء معلومات تفصيلية عن وسائل العلاج الممكنة لمنع ظهور مراحل مرضية أخرى الوقاية من الانتكاس في حالة المعالجة الدوائية يتم التمييز بين العلاج المكلف والعلاج بغرض التعافي والعلاج الوقائي من الانتكاس.

ويتعين أن يخفف العلاج المكلف من شكاوى الاكتئاب أو الهوس الحاد، الأمر الذي يتم عادة من خلال الأدوية وجلسات العلاج النفسي المصاحبة يساعد العلاج بغرض التعافي على ضمان التعافي من الآلام وضمان استعداد المريض لتلقي المعالجة الدوائية الأخرى. وهذا تكتسب المواظبة على المعالجة الدوائية وتوفير العلاج النفسي أهمية كبيرة. ويفترض

من العلاج الوقائي أن يمنع تجدد الأطوار المرضية وبالتالي تجلب تعرض الشخص المعني للضرر في نموه النفسي والاجتماعي المستمر (خاصة الشباب وصغار البالغين). بالإضافة إلى ذلك يتعين تقبل المرض من قبل المصاب نفسه وذويه في مرحلة العلاج الوقائي تستخدم ادوية مثبتة للمزاج بجانب العلاج النفسي. وقد يكون الدعم المقدم عبر مجموعات المساعدة الذاتية مفيدا للغاية. في حالة هوس الفرح يعتبر اللي على سبيل المثال Hypnorex retards Qulionum الخيار الأول للمعالجة، سواء كان ذلك لمعالجة الام الهوس الحادة أم للوقاية من مراحل الهوس والليثيوم هو عنصر موجود في الطبيعة على هيئة ملح الليثيوم يتطلب العلاج بالليثيوم تعاطي الجرعة الدوائية بدقة وعناية قبل القدرة على البدء في العلاج بالليثيوم، يتعين إجراء بعض الفحوصات. كذلك لا بد من إجراء متابعات دورية بالتزامن مع إعطاء الليثيوم ويجب على وجه الخصوص فحص وظائف الكلى والغدة الدرقية يتم تحديد تركيز الليثيوم في الدم من خلال سحب عينات دم بصفة دورية مع بدء العلاج، وهو ما يتم لاحقا على فترات متباعدة نسبيا مع بدء العلاج بالليثيوم يمكن في أحيان كثيرة أن نظرا رعشة في اليدين وإرهاق ودوار وشعور بالغثيان وإسهال في الغالب نقل هذه الشكاوى على مدار فترة العلاج يتعين أن يترأوح تركيز الليثيوم في الدم في الثناء علاج الهوس الحاد بين 1.2-1.0 مول المدر، وفي أثناء العلاج الوقائي الوقاية من الانتكاس من 0.6 و 0.8 مول الأثر في حال تخطي تركيز الليثيوم (على سبيل المثال بفعل تناول جرعة ليليوم زائدة عن المد يمكن أن يتسبب ذلك في أعراض تسمم. أتجنب مثل هذه التسممات يتعين دائما تناول الليثيوم بالكمية الدقيقة الموصى بها من قبل الطبيب.

المحاضرة السابعة: الحالات الحدية

أولاً: الحالات الحدية

ثانياً : الادمان على المخدرات كمثال

أولاً- ماهية الحالات الحدية

1- تعريف الحالات الحدية:

يشيع استخدام هذا المصطلح للدلالة على بعض الإصابات النفسية المرضية التي تقع على منحنى الحدود ما بين العصاب والذهان وخصوصا حالات الفصام الكامن التي تتخذ أعراضا ذات عصابيا، ويفتقر مصطلح الحالة البينية إلى الدلالة الوصفية الدقيقة، وتعكس تقلباته من حالة إلى أخرى، وغموض المجال الذي يطبق عليه وهو يشتمل تبعا لمفاهيم مختلف المؤلفين: الشخصيات السفاهية والشاذة والجائحة وكذلك حالات عصاب الطبع الخطيرة، حيث أن اتساع مجال التحليل النفسي مسؤول عن إبراز هذه الفئة التي يطلق عليها إسم الحالات الحدي. لابانش بونتاليس 1985: 27، 28 فحسب بارجوري Bergeret " الحالة الحدية هي Bergeret " الحالة الحدية هي الشخصية التي لا تكون لا عصابية ولا ذهانية، لكنها تتموقع بين هذين الحقلين، بسبب توقف النمو الجنسي تحت تأثير الصدمة التي تلقاها في المرحلة الشرجية.

الذي جمع مواصفات الشخصية الحدية بين التعريف القديم والحديث في التعريف التالي: أنه الاضطراب الذي يكون فيه الفرد على الحدود بين السواء (التوافق الوظيفي والاضطراب النفسي عدم التوافق ويمكن تحديد هؤلاء الأفراد من خلال عدد من المؤشرات مثل: عدم الاستقرار في العلاقات الشخصية المتبادلة والتحول السريع في الوجدان، مع عدم ملائمة وتشوه صورة الذات، وشيوع حالة من الغضب والتقلب المزاجي فضلا الأفعال الاندفاعية التي ينتج عنها خسائر مثل (عودية 2009 (84) المقامرة.

وغالبا ما ينزلق الأشخاص الحديين في حالات اكتئابية عميقة أو قابلية للإثارة أو القلق التي تستمر بين الساعات العدة إلى بضعة أيام، وينزلقون غالبا في نوبات غضب دون سبب واضح، ويصعب عليهم السيطرة على غضبهم، بحيث أنهم غالبا ما ينزلقون في عراك لفظي أو جسدي.

وتتبنى الباحثة في هذه الدراسة التعريف الوارد في الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للأمراض النفسية والعقلية (DSM-5-2013) كتعريف إجرائي للبحث ؛ وذلك كون الباحثة تستند إلى المحكات (المعايير) التشخيصية الواردة في (DSM-5-2013) في إعداد المقياس مجال الدراسة الحالية. (العلي، عبد الله، 2017، ص 79)

2 - تطور مفهوم الحالة الحدية:

أول ظهور للاضطرابات النفسية الحدية كان في عام 1884 من طرف "C.Hugues" في دراسته للأمراض النفسية المتداخلة بين العصاب والذهان حيث ظهر عدد معتبر من المرضى مشابهين للعصابيين أثناء العلاج التحليلي من النوع الوظيفي النفسي هو الذهان، مما أدى الاهتمام بالبحث عن تقنيات ووسائل إسقاطية التي تمكننا من الوصول إلى تصنيف عيادي أولاً بتدوين العلامات المؤشرة (الدالة)، وأعراض وسمات الشخصية المعبرة، ثانياً الآليات الدفاعية خاصة قوة الأنا، مميزات النشاط الهوامي، التحويل والعلاقة بالموضوع وأخيراً تقييم ميتاسيكولوجية للتوظيف النفسي الحدي.

ولقد أخذت سيكوباتولوجية الحالات الحدية في السنوات الأخيرة أهمية كبيرة بالمقارنة مع العصابات ونجد إشارات "فرويد" إلى هذه الحالات منذ بداية أعماله من خلال اكتشاف نمط ليبيدي نرجسي، وفي سنة 1924 قام بوصف اختلال الأنا حيث وصفه كوسيط بين الذهان والعصاب، كما أشار في أواخر أعماله إلى النمط النرجسي للشخصية ولقد أسست العيادة التحليلية للحالات الحدية من طرف مجموعة من النظريات بعد الفرويدية وذلك لوصف الشخصيات أو طبوع التي لا تدخل في إطار المميزات الكلاسيكية للعصاب والذهان فبعد أعمال "فرنزي التي تعد كمرجع في هذا المجال، لعب كل من "بالنت" وفيربان" دوراً هاماً في تطور حركة النظرية التحليلية، وذلك باعتبار التوظيف النفسي كمرجع عيادي أساسي، وإن تيار "بالنت" يعتبر كمثال للنظريات الموضوعية التي تعطي أهمية للعلاقات الأم والطفل، حيث سمحت بإثراء النماذج الجينية في العيادة التحليلية وفي نفس التوجه.

وصف "بالنت" بالمقاربة مع العصابات مع بعض أنماط التوظيف النفسي التي تعتبر حالياً حالات حدية، كما حاول "غلوفر" وصف بنية المدمن ووضع المميزات الأساسية للحالات الحدية باعتبارها كوسيط بين الوضعية البارانودية - الشبه، الفصامية، والوضعية الإكتئابية وذلك بالرجوع إلى النظرية الكلاينية. ولقد قدم "كنايت" وصف بنيوي للحالات الحدية، حيث أكد على هشاشة وظائف الأنا وقوة الاندفاعات البدائية اللاشعورية، كما استدخل فكرة أن في الحالات الحدية يتميز الواقع الخارجي بضعف الرقابة والفراغ الداخلي، وفي نفس التيار أشارت "سميد بارغ" إلى أهمية وصف الحالات الحدية كتوظيف عيادي خاص مستقر في عدم استقراره (العمير علي، 2018، ص 62)

واستخدام "أوتو" "كرونباخ" O.Kernbery في عام 1967 مصطلح منظومة الشخصية الحدية، لتعريف مجموع وعاء من المرضى الذين لديهم بعض الخصال المرضية الحادة، وهم ليسوا عصابيين وليسوا ذهانيين ويتسمون بمجموعة من الخصال كالتالي: تذبذب الهوية والان دفاعية بشكل مبالغ فيه، وسوء التوافق في حياتهم الواقعية، ومن أهم ما لاحظته على هذه المجموعة:

- غياب الذهان، حيث لديهم القدرة على استقبال الواقع على نحو واضح.
- عجز في تكامل الأنا، والتشويش والتناقض الداخلي في مفهوم الذات. ويعتقد "كرونباخ" أن الحديين يختلفون عن العصبيين في ظهور بعض السلوكات المتطرفة، حيث يرى هؤلاء الأشياء إما جيدة وإما سيئة ولا وسطية بينهما.

كما استعمل كرونباخ مفهوم الضعف غير الخاص للأنا حيث يتميز التفكير، بالسياقات الأولية ووجود دفاعات بدائية خاصة (الانشطار الامتثال البدائي، الأشكال البدائية للإسقاط التقمص الإسقاطي، الحذف).

وفي سنة 1974، اقترح بارجوري تنظير الحالات الحدية، وذلك بإدراجها خارج ما يسميه بالتوظيفات الأساسية: العصاب والذهان ويتعلق الأمر حسب بارجوري بهيئات دفاعية مختلفة. فالحالة الحدية لا يمكن فهمها كبنية بل كإنعام البنية فهي في حدود العصاب

والذهان لتوافق ما يسميه بالاقتصاد الحدي، يبدو أن مفهوم البنية يأخذ أهمية كبيرة في النوروغرافيا التحليلية، حيث اهتم بارجوري بتحديد بالتوظيفات التي تأخذ تسمية "العصاب" و"الذهان" والتي تعرف كبنىات نفسية مستقرة يضاف إلى هذه البنىات تنظيم أقل استقراراً للشخصية يأخذ تسمية "الحالة الحدية". (العمير، علي، 2018، ص 62)

3- معدلات انتشار الحالة الحدية:

ينتشر اضطراب الشخصية الحدية بنسبة 1-2 من عموم سكان العالم، وحوالي 10% مرضى المراجعين لمكاتب الممارسين والعيادات الخارجية تم تشخيصهم باضطراب BPD وحوالي 2% من مرضى المنتفعين من خدمات الرعاية الصحية في العيادات الداخلية شخصوا كذلك باضطراب الشخصية الحدية وتمثل النساء بنسبة 75% من هذا الاضطراب كما أن ذوي اضطراب BPD لديهم تاريخ من الاعتداء الجنسي أو البدني أو ممن إبانهم لديهم تاريخ من الإصابة باضطراب المزاج أو تعاطي المخدرات أو من ذوي الأب الغائب أو الأم المكتئبة وتاريخ من سوء المعاملة في مرحلة الطفولة، أو ممن لديهم مشاكل شخصية، وتمثل نسبة 40 - 76% من البالغين الذين مروا باعتداء جنسي.

ومما يؤكد انتشار اضطراب الشخصية الحدية ما أشار إليه المسح الدقيق لبعض البحوث الإحصائية التي أجريت لدى ثلاثة مجتمعات أشارت أن اضطراب الشخصية الحدية يظهر بنسبة 0.7% لدى عينة من سكان بريطانيا البالغ عددهم 662 أسرة، وبنسبة 0.5% لدى عينة من نحو سكان أمريكا والبالغ عددهم 742 أسرة، 0.7% لدى عينة من سكان النرويج بلغ عددهم 532 أسرة وعلى الرغم من الاختلافات المنهجية في تلك الدراسات إلا أن هناك توافق ملحوظ في نسب انتشارها حيث تمثل 0.07% متوسط تلك النسب مما يشير إلى أن اضطراب الشخصية الحدية يمثل فئة أكثر انتشاراً. وكذلك أفادت بيانات الرعاية الصحية للاضطرابات العقلية أن اضطراب BPD أكثر ظهوراً لدى مجتمع النساء وأنها أكثر فئة تتلقى العلاج بإشكاله، بالإضافة إلى انتشاره لدى متعاطي المخدرات أو الكحوليات، وممن يعانون من اضطرابات الأكل وسلوك إيذاء الذات المزمن حيث يمثل بنسبة 80% من

مرضى اضطراب الشخصية الحدية بحسب تقرير العيادات الخارجية. (القرشي محمد 2019، ص 102)

4- أسباب الحالة الحدية:

يعد اضطراب الشخصية الحدية بالغ الخطورة على الأفراد لما له من تأثيرات سلبية مختلفة عليهم في جميع النواحي، لذلك اتجه العديد من الباحثين لدراسة هذا الاضطراب لاكتشاف العوامل المسببة له، مما يساعد في خفض أو تلاشي أعراض اضطراب الشخصية الحدية لدى المصابين به.

ولقد ارتبط اضطراب الشخصية الحدية بالعديد من العوامل منها: العوامل الوراثية والبيئية والبيولوجية المعاملة والصدمات النفسية خلال مرحلة المراهقة حيث وجد أن هناك علاقة بين سوء والجينية، وسوء المعاملة واضطراب الشخصية الحدية.

كما أشار (2004) Helgeland and Torgersen إلى أن الإساءة والإهمال والبيئة غير المستقرة من العوامل التي تسهم في تطور اضطراب الشخصية الحدية لدى الأشخاص. كذلك أشارت سعاد عبد الله البشر إلى وجود ارتباط موجب بين مظاهر اضطراب الشخصية الحدية والتعرض للإساءة في الطفولة أيضاً وجود فروق دالة بين مرتفعي ومنخفضي اضطراب الشخصية الحدية في الإدراك السلبي للمعاملة الوالدية على مظاهر اضطراب الشخصية الحدية (العمير علي، 2017، ص 142).

5- أعراض الحالة الحدية:

اضطراب الشخصية الحدية عادة ما يظهر تأثيره على الفرد من خلال الحالة النفسية التي تؤثر على سلوكياته مع الآخرين ومن أهم الأعراض التي تطرأ على الفرد المصاب باضطراب الشخصية الحدية هي:

5-1- الأعراض النفسية

يعد اضطراب الشخصية الحدية من الاضطرابات النفسية التي تؤثر بشكل سلبي على الصحة النفسية للأشخاص المصابين به ويتمثل هذا التأثير في الناحية المزاجية والمشاعر

المختلفة لديهم، حيث يكونوا أكثر ميلاً للانتحار، والعزلة الاجتماعية، وتكوين تصورات خاطئة حول تقديرهم للذات، بالإضافة إلى غضبهم الشديد مع إيجاد صعوبة بالتحكم في هذا الغضب، وعدم استقرار العلاقات الشخصية.

وقد أشار (2016) MacCallum Eyden, Winsper, Wolke, Broome and إلى بعض أعراض اضطراب الشخصية الحدية مثل الاكتئاب وأنماط التعلق غير الأمن، وعدم الاستقرار العاطفي. كما أوضح (2015) Inoue et al. أن نسبة كل من الاكتئاب، والغضب، والعدوان والارتباك تزداد في المرضى الذين يعانون من اضطراب الشخصية الحدية.

5-2- الأعراض السلوكية

يعتبر اضطراب الشخصية الحدية من أخطر اضطرابات الشخصية لما له من تأثيرات مختلفة وخطيرة على سلوكيات الأشخاص المصابين به، حيث إن الأشخاص مع اضطراب الشخصية الحدية يكون لديهم محاولات انتحارية متكررة، كما وجد أن تقديرهم للذات يكون منخفض، مما يجعلهم يفكرون في طرق مختلفة لإيذاء أنفسهم. هذا ما أكدته كل من (2008) New Triebwasser and Charmey حيث تتأول الأعراض الأساسية لاضطراب الشخصية الحدية على عينة مكونة من 141 مريض باضطراب الشخصية الحدية وتوصلت هذه الدراسة إلى أن الأعراض الأساسية لاضطراب الشخصية الحدية تتمثل في العلاقات غير المستقرة، واضطراب الهوية والفراغ المزمن، والتقلبات السلوكية الاندفاع والانتحار. (الشرقاوي ناصر، 2019، ص 111)

كذلك قامت Ferrar et al. 2009 بتقييم أبعاد الشخصية والاندفاع في اضطراب الشخصية الحدية فقارنت الاختلافات الموجودة بين 39 شخصاً من الإناث المصابات باضطراب الشخصية الحدية الأصحاء، واستخدمت DSM-IV-TR لتشخيص اضطراب الشخصية الحدية وتوصلت إلى أن المرضى الذين يعانون من اضطراب الشخصية الحدية

يتميزون بمستويات عالية من الاندفاع، حيث يكون لديهم الاندفاع سمة في العديد من المجالات. (الشرقاوي ناصر، 2019، ص 111)

6- أبعاد والمعايير وتشخيص الحالة الحدية:

6-1- الأبعاد:

يتناول هذا الجزء عرضاً لأبعاد اضطراب الشخصية الحدية والدراسات التي تمت لوضع مقاييس لاضطراب الشخصية الحدية لقد حدد علاء نجاح عبده محمد 2003 أبعاد اضطراب الشخصية الحدية 2003 أبعاد اضطراب الشخصية الحدية بتسع أبعاد من خلال دراسته لبناء مقياس اضطراب الشخصية الحدية لدى العيادات الخارجية من خلال عينة استطلاعية على مرضى بمستشفى الجامعة بالزقازيق ومستشفى الصحة النفسية بالعاشر من رمضان، ومستشفى الدار للطب النفسي والأعصاب بالزقازيق، ومستشفى الصحة النفسية بالعباسية كالتالي:

- جهود مضنية لتجنب الهجر الحقيقي أو المتخيل.

نمط العلاقات البين شخصية غير المستقرة والمتوترة يتسم بالتبديل بين طرفي المثالية وعدم التقدير (التحقير المسرف).

- اضطراب الهوية: مع صورة أو إحساس بالذات غير مستقرة بشكل واضح. الاندفاعية في اثنين على الأقل من المجالات التي يحتمل فيها إيذاء الذات (مثلا الإنفاق الجنس سوء استخدام المواد القيادة المستهترة للسيارات، الأكل الزائد).

- سلوك انتحاري معاًود أو إشارات أو تهديدات أو سلوك مؤذ للذات. عدم الاتزان الانفعالي، ويتمثل ذلك في الانتقال الواضح من المزاج المعتاد إلى الاكتئاب وسهولة الاستثارة أو القلق الذي يستمر عادة لعدة ساعات ونادراً ما يستمر هذا القلق لعدة أيام.

- مشاعر مزمنة بالخواء أو الملل.

غضب مركز وغير مناسب وصعوبة التحكم في الغضب (مثلا نوبات متكررة من الهياج، وغضب مستمر، وتكرار حدوث العراك البدني).

- أعراض عابرة لأفكار بارانويدية وأفكار مرتبطة بالضغط أو أعراض انفصالية شديدة (هستيرية) عابرة أيضاً.

(السعيد إبراهيم، 2017، ص 14)

كما حددت دعاء الصاوي السيد حسين (2017) أبعاد اضطراب الشخصية الحدية بتسع أبعاد من خلال دراستها وإعداد مقياس اضطراب الشخصية الحدية لدى المتزوجات وذلك من خلال عينة استطلاعية على معلمات التعليم الأساسي المتزوجات كالتالي:

- الخوف من هجر الآخرين: يقيس هذا البعد مدى الخوف المبالغ فيه من هجر الآخرين وخاصة الزوج، نظراً لشعور السيدة المتزوجة بعدم استقرار علاقتها مع المحيطين بها عامة، وزوجها على وجه التحديد.

- عدم استقرار العلاقات الاجتماعية يقيس هذا البعد العلاقات البين شخصية غير المستقرة والمتوترة والتبدل بين المثالية في تقدير شخصيات الآخرين من ناحية وتحقيرهم والتقليل من قيمتهم من ناحية أخرى.

- اضطراب صورة الذات وتشتت الهوية: يقيس هذا البعد مستوى التذبذب وعدم الاستقرار في صورة الذات لدي هؤلاء المضطربات حيث يشعرن بتشتت الهوية، الذاتية وبعدم رؤية حياتية متكاملة. الاندفاعية في مجالين أو أكثر من مجالات إيذاء الذات يقيس هذا البعد مستوى السلوك الاندفاعي غير المنضبط لدى السيدات ذوات اضطراب الشخصية الحدية حيث يظهر نمطاً من السلوكيات العدوانية والاندفاعات نحو الأمور التي قد تؤدي إلى إيذاء الذات.

- التفكير في الانتحار والتهديد به ومحاولته يقيس هذا البعد مستوى الافكار الانتحارية التي تنتاب المضطربات بهذا الاضطراب، حيث يملن إلى التفكير في انهاء الحياة للتخلص من المشاعر السلبية والنوبات الاكتئابية والحزن.

- عدم الاتزان الانفعالي والتذبذب في الحالة المزاجية يقيس هذا البعد مستوى التذبذب الانفعالي وعدم الاستقرار في الحالة المزاجية لدى المضطربات بهذا الاضطراب.

- الشعور المزمن بالفراغ الداخلي والملل: يقيس هذا البعد مستوى الشعور بالفراغ الداخلي والملل في الحياة الشخصية لدى هؤلاء المضطربات حيث يشعرون بالفراغ الداخلي والوحدة والرغبة في الانعزال عن الآخرين.

- عدم القدرة على التحكم في نوبات الغضب يقيس هذا البعد درجة المعاناة من صعوبة التحكم نوبات الهياج والغضب التي تصيب هؤلاء المضطربات واندفاعهم نتيجة ضعف التحكم في الغضب إلي العدوان اللفظي أو البدني في بعض الأحيان تكرار أفكار اضطهادية أو تفككية يقيس هذا البعد مستوى الأفكار الاضطهادية والتفككية التي يعانون منها المضطربات حيث يعانون في الكثير من الأحيان من الشكوك المرتبطة بمدى إخلاص الآخرين لهم وخاصة الزوج. (الشربيني، حسين، 2019، ص 120)

6-2- المعايير:

المحكات (المعايير) التشخيصية لاضطراب الشخصية الحدية الواردة في الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للأمراض النفسية والعقلية الخامس (DSM-5 - 2013) هي:

- جهود ثائرة لتجنب الهجر الحقيقي أو الخيالي (ملحوظة: لا يتضمن السلوك الانتحاري أو تشويه للذات الوارد بالمحك الخامس).

- نموذج غير مستقر من العلاقات الشخصية التي تتميز بالتعاقب بين التطرف في المثالية وعدم الاستقرار.

- اضطراب الهوية التي تتميز بشكل غير مستقر لصورة الذات والإحساس بها.

- الاندفاعية في مجالين على الأقل من المجالات التي تحمل إمكانية إلحاق الأذى بالذات، (مثل: الانفاق والجنس وتعاطي المخدرات وإساءة استعمال الثروة، والقيادة المتهورة والأكل الزائد).

(ملحوظة: لا يتضمن السلوك الانتحاري أو تشويه للذات الوارد بالمحك الخامس).

- سلوك انتحاري متكرر، أو إيماءات أو تهديدات، أو تشويه الذات.

- عدم الاستقرار الوجداني (مثل: حدة الطباع، وقلق يستمر عادة لبضع ساعات، ونادراً ما يستمر لأكثر بضعة أيام).
 - مشاعر مزمنة من الملل والخواء.
 - الغضب الشديد غير المناسب، أو صعوبة التحكم في الغضب، (مثل: غضب مستمر، نوبات متكررة من الهياج شجار متكرر).
 - أفكار عابرة معأودة مرتبطة بالضغط (أو أراض فصامية خطيرة عابرة أيضاً).
- (الجنيد، ناصر، 2020، ص 172)

علاقة ادمان المخدرات بالحالات الحدية تعد الحالات الحدية في ادمان المخدرات من أخطر الحالات التي يمكن أن يواجهها المدمنون، وتتميز بأنها تشير إلى حالة تبعث على القلق والخطورة الشديدة وتؤثر بشكل كبير على الصحة النفسية والجسدية للمدمنين. وتتضمن هذه الحالات الحدية عدة عوامل منها:

- تطور التسامح النفسي والجسدي للمخدرات حيث يحتاج المدمن إلى جرعات أعلى من المخدر للحصول على التأثير المرغوب به، مما يزيد من احتمالية الإصابة بالحالات الحدية.
- اضطرابات الانسحاب حيث يعاني المدمن من اضطرابات نفسية وجسدية شديدة عندما يحاول التوقف عن تناول المخدرات مما يجعل من الصعب عليه التوقف ويزيد من احتمالية العودة إلى التعاطي.

- الإفراط في تعاطي المخدرات حيث يحدث زيادة في تناول المخدرات ويتحول التعاطي إلى شيء يسيطر على الحياة اليومية للمدمن، ويؤدي إلى تدهور الحالة الصحية العامة وزيادة احتمالية الإصابة بالحالات الحدية.

- التداخل مع حالات أخرى مثل الاكتئاب أو القلق أو الاضطرابات النفسية الأخرى، مما يجعل من الصعب على المدمن التغلب على التعاطي. بشكل عام فإن الحالات الحدية في ادمان المخدرات تشير إلى حالة خطيرة للغاية وتتطلب تدخلاً طبياً عاجلاً ودعماً نفسياً

واجتماعيًا كبيرًا للمدمن للتخلص من هذه الحالة والتعافي من الإدمان. (الخياط سامي، 2019، ص 99)

6-3- التشخيص و العلاج:

تشخيص DSM-5 يُستخدم على نطاق واسع في الطب النفسي ويوفر مجموعة من المعايير الموحدة لتشخيص الاضطرابات النفسية والعلاج اللازم لكل حالة. يعتمد العلاج المناسب على نوع الاضطراب النفسي الذي تم تشخيصه، وقد يشمل العلاج الدوائي والعلاج النفسي.

بالنسبة للحالات الحدية، فإن العلاج عادةً ما يتضمن مزيجًا من الدواء والعلاج النفسي. يمكن للأدوية أن تساعد في تخفيف الأعراض المصاحبة للاضطراب النفسي، مثل القلق أو الاكتئاب. ويتم استخدام العلاج النفسي لتعليم المريض كيفية التعامل مع المشكلات والأعراض التي يواجهها وتغيير السلوكيات الضارة وتعزيز التحسين.

تحديد نوع العلاج النفسي المناسب لكل حالة حسب نوع الاضطراب النفسي المشخص وحالة المريض. ويمكن أن يشمل العلاج النفسي عدة أنواع مختلفة مثل العلاج السلوكي والعلاج الجماعي وعلاج الأسرة.

يهدف العلاج في الحالات الحدية عادةً إلى تحسين جودة الحياة وتحسين الوظائف اليومية للمريض، ويجب على الطبيب المعالج تقييم الحالة ووضع خطة علاجية شخصية للمريض.

إضافةً إلى ذلك، يمكن أن يكون الدعم الاجتماعي والإرشادي مهماً أيضًا للمرضى الذين يعانون من الاضطرابات النفسية الحدية. يمكن أن يساعد دعم الأسرة والأصدقاء والمجتمع المحلي في تخفيف الضغوط النفسية على المريض وتحسين نوعية حياته.

يجب على المرضى الذين يعانون من الاضطرابات النفسية الحدية البحث عن العلاج المناسب والدعم من المهنيين الصحيين المؤهلين والمدربين لهذا الغرض. يمكن للأطباء

والمعالجين النفسيين أن يوفرُوا الإرشاد والعلاج اللازمين لتحسين صحة المريض والمساعدة في إدارة الاضطرابات النفسية بطريقة فعالة. (الزهراني عبد العزيز، 2018، ص 89).

ثانياً: الإدمان على المخدرات

1- تعريف تعاطي المخدرات

يرى ألفينكس Alvinks أن تعاطي المخدرات هو قيام الشخص باستعمال المادة المخدرة على الحد الذي يتلف أو يفسد الجانب الجسمي أو الصحة العقلية للمتعاظم أو قدرته الوظيفية في المجال الاجتماعي وهناك من يعرفه بأنه رغبة غير طبيعية يظهرها بعض الأشخاص نحو مخدرات أو مواد سامة تعرف إرادياً أو عن طرق المصادفة على آثارها المسكنة المخدرة أو المنبهة والمنشطة، تسبب حالة من الإدمان، تضر بالفرد جسمياً، ونفسياً واجتماعياً يعرفه المركز القومي للبحوث الجنائية بمصر تعاطي المخدرات بأنه استخدام أي عقار مخدر بأي صورة من الصور المعروفة في مجتمع ما للحصول على تأنيس نفسي أو عقلي معين. (وردية ساعد، 2020، ص2).

2- أنواع المخدرات

والمواد التي تخدر الإنسان وتفقده وعيه، وتغيبه عن إدراكه، ليست كلها نوعاً واحداً، وإنما هي بحسب مصادرها وأنواعها متعددة ويمكن تقسيمها وتصنيفها إلى مخدرات طبيعية ومخدرات تخليقية.

1-2- المخدرات الطبيعية

وهي المخدرات المشتقة من نباتات الخشخاش والقنب والكوكا والقات، حيث تحتوي أوراق هذه النباتات أو زهورها أو ثمارها على مواد مخدرة وهي أ. القنب الهندي:

يعرف القنب الهندي علمياً باسم «كنابيس سلتاتيفا»، وهو صنفان ذكور وإناث يمكن التفرقة بينهما بالعين المجردة عند اكتمال نمو النبات وظهور الزهور في نهاية الفروع حيث تأخذ شكلاً منظماً وهي صغيرة الحجم لكل منها غلاف زهري أخضر اللون وزهور الإناث

غير ظاهرة وتحويها أوراق النبات أما زهور الذكور فبارزة وظاهرة وفيها حبوب اللقاح التي تتطاير مع الرياح لتتم عملية تلقيح الإناث التي تنتج لنا بذور النابت. هذه البذور تشبه حبات القمح إلا أنها أكثر استدارة ولونها قاتم والمادة المخدرة والفعالة في النبات يطلق عليها اسم الراسخ»، والكنابنول وتوجد في إناث النبات وبنسبة أعلى عند الذكور ونسبة فعالية المادة تختلف من بلد الى بلد وفقا لطبيعة التربة والمناخ والحشيش أو ما يعرف بالماريجوانا ليس له أي استعمال طبي، ويؤدي استخدامه إلى الاعتلال النفسي، وقد عرف اليوم للحشيش آثاراً تظهر على متعاطيه من ربع ساعة أو أكثر ويسبب الحشيش أضراراً عديدة بعضها حاد ويسمى بالتسمم الحاد وذلك عند متعاطيه عن طريق الاستنشاق، وهو يؤدي إلى تبدل الذهن وفقد الأفعال المنعكسة وصعوبة التنفس مع الإسهال والرعدة والدموع وقد ينتهي الأمر بالوفاة، والتعاطي المزمن له يؤدي إلى التأثير على الأعضاء الهامة مثل القلب والرئتين والجهاز الهضمي والكبد فهو يؤدي إلى زيادة ضربات القلب والتهابات الأوعية الدموية خصوصاً في العين والأطراف السفلى، كما يسبب التهابات في الحلق وتهيج الرئتين مع صعوبة التنفس. (حامد أبو علي، 2003، 25)

ب- الأفيون:

وهو عبارة عن العصارة اللبنة الخشخاش الأفيون وهي كلمة مشتقة من الكلمات اليونانية OPIUM ومعناها العصارة، حيث يتم استخلاصه من نبات الخشخاش الذي ينمو في المناخات المعتدلة وشبه الاستوائية ويجمع عن طريق عمل شقوق رأسية في قشرة الغلاف الأخضر للبذور، وهو يحتوي على العديد من المركبات الكيميائية التي تستخدم معظمها في الطب لمختلف الأغراض من معالجة للألم والتهدئة قبل وبعد العمليات الجراحية إلى تسكين السعال ومنع تشنجات العضلات الملساء، ولكن جزءاً كبيراً من هذا المستحضر الذي يرخص بإنتاجه للخدمات الطبية يتسرب إلى سوق التجارة غير المشروعة للمخدرات حيث يُباع في مناطق الشرق الأوسط وبقاع كثيرة من العالم ليستعمله الناس كمخدر ويتعاطى المدمنون الأفيون عن طريق الأكل أو الشرب أو عن طريق الحقن بعد إذابة

الأفيون في الماء، كما يدخن في بعض الدول مثل الصين، كما يتم تعاطيه عن طريق بلعه على هيئة قطع مستديرة وملفوفة بالماء وإذابتها في قليل من الشاي أو القهوة وللأفيون أضرار متعددة منها: إنه يعمل على تنبيه وقتي للمخ والملكات العقلية يعقّبها الخمول والنوم العميق الذي يستيقظ فيه المدمن قليل القوى فاقد الشهية، ضعيفاً غير قادر في حركته وفكره، ولكن أخطر ما في تعاطي الأفيون هو وقوع تعاطي فريسة للإدمان به... وعند التوقف المفاجئ عن تناوله تحدث للمتعاظم آثاراً شديدة مثل اتساع حدقة العين والعطس والرشح والتهيج والارتجاف والتشنجات والقيء الشديد مع حدوث آلام شديدة بالعضلات والإسهال الشديد وهبوط ضغط ندم .

ج- الكوكا:

وهو نبات يزرع في مناطق كثيرة من العالم، خاصة في أمريكا الجنوبية عند. مرتفعات الإنديز وفي الأرجنتين وبوليفيا وبيرو، وأوراق هذا النبات ناعمة بيضاوية الشكل وتتمو في مجموعات من سبع أوراق على شكل ساق من سيقان النبات. وفي بعض بلاد أمريكا الجنوبية تُلف أوراق هذا النبات وتمضغ وأحياناً تستخدم كالشاي، ويتم تحويل أوراق هذا النبات إلى معجون يخلط بالسجائر ويتعاطاه الأفراد. كما يتم تحويلها إلى صورة مسحوق في صورة فضية بلورية يمكن استنشاقها ويتم تحويلها إلى محلول يتم تعاطيه عن طريق الحقن بالوريد ومتعاطي هذا النوع من المخدر يصاب بهلوسات بصرية وسمعية وحسية وأوهام خيالية مثل: الشعور بقوة عضلية فائقة والشعور بالعظمة، وقد يبالغ المتعاطي في تقدير قدراته الحقيقية مما يجعله شخصاً خطراً قد يرتكب أعمالاً إجرامية ضد المجتمع (حامد أبو علي 2003، 27)

د- القات:

وهو عبارة عن شجيرات تزرع في المناطق الجبلية الرطبة من شرق وجنوب أفريقيا وشبه الجزيرة العربية وتكثر زراعته بصفة خاصة في الحبشة والصومال وعدن واليمن، ويبلغ ارتفاع هذه الشجيرات ما بين متر ومترين في المناطق الحارة وفي المناطق الاستوائية من

ثلاثة إلى أربعة أمتار ولا يدخل القات عة المواد المخدرة المحظورة دولياً ولا يراقب في المطارات ضمن مجموعة والموانئ إلا أنه محظور زراعته في الدول العربية بحكم القانون وعدم إدراج القات ضمن جداول المخدرات دولياً يرجع إلى أن مشكلة القات مشكلة إقليمية لا تهم إلا بضع دول في شبه الجزيرة العربية وشرق أفريقيا. ويتم تعاطي هذا المخدر بطريق التخزين في الفم، أي المضغ البطيء الطويل ولا يلفظه المتعاطي إلا عندما تذوب التخزين ولا يتم تناول هذا المخدر لمتعاطيه بمعزل عن مجموعة الرفقاء الذي يجتمعون بغرض التعاطي، ولذلك تسمى مجالسهم بمجالس القات. وينتشر ذلك في بعض الدول الأفريقية وفي اليمن وجيبوتي وأثيوبيا وكينيا ومن الآثار التي تنجم عن تعاطي القات أنه عند البداية يشعر المتعاطي بالنشوة وانتقاد وحدة الحواس مع هبوط الطاقة العضلية ويتبع ذلك ضعف التركيز والذاكرة، ويختل الإدراك ويشعر بالكسل والخمول وفقدان الشهية، والوهن، والتعاطي الطويل الأمد يحدث سوء الهضم وتليف الكبد وإضعاف القدرة الجنسية عند الرجال والمتعرض بسهولة لمرض السل (حامد أبو علي 2003، 29)

المخدرات ذات الاشتقاق الطبيعي ويقصد بهذه المجموعة تلك المواد المخدرة التي يتم استخراجها من النباتات ومن هذه المواد:

أ- المورفين:

يمكن استخراج المورفين مباشرة من النبات المحصول «قش الخشخاش، كما يمكن الحصول عليه بطريقة الترشيح. ويكون على هيئة مسحوق ناعم الملمس أو على شكل مكعبات ولونه من الأبيض والأصفر الباهت إلى اللون البني وقد يكون له رائحة حمضية خفيفة وأهم آثار تعاطي المورفين هي القيء الشديد والغثيان وإفراز العرق بشدة وحكة الجلد وإطالة مدة الولادة ويبطئ النبض ويخفض الدم والمعروف عن المورفين أنه مسكن قوي ومسكن ويسبب الإدمان عند إساءة استخدامه.

ب- الكوكايين:

وهو عبارة عن مسحوق بلوري يستخرج من أوراق نبات الكوكا، ويقول المختصون في هذا المجال عن وصف أثر الكوكايين على المتعاطي بأنه منبه للجهاز العصبي المركزي وتعاطيه يؤدي إلى حالة سكر خفيفة وزيادة الحركة واختفاء الحياء، وأحياناً هياج حركي وزيادة القوة العضلية وعدم شعور بالتعب وعدم خوف من المخاطر وتعاطي الكوكايين يقتل من شهوة الطعام فلا يشعر بالجوع ويؤدي تعاطي الكوكايين إلى توسع بؤرة العين وتسارع في نظام التنفس وفي ضربات القلب مع ارتفاع ضغط الدم وارتفاع حرارة الجسم وتدوم الحالة من ساعة إلى ساعتين بعد ذلك تختفي النشوة ويظهر تشوش الأفكار وهلوسات سمعية ولمسية ثم يعقب ذلك نعاس (حامد أبو علي 302003)

د- الكواديين:

ويستخلص من نبات الخشخاش الأفيون ويتعاطى إما عن طريق الفم أو عن طريق الحقن ويصنع على هيئة أقراص أو مسحوق أبيض اللون لا رائحة له ولكنه مر المذاق وأهم آثار تعاطي الكواديين على المدى الطويل هي: الاضطراب المزاجي والعشى الليلي إضعاف الرؤية البصرية الليلية، والإمساك، والاضطرابات التنفسية، وكثيراً ما يحدث عدم استقرار وتوتر وتقلصات عضلية في حالات الإدمان المتواصل .

المخدرات المصنعة كيميائياً وهذه المجموعة من المخدرات لا يتم استخراجها من نباتات طبيعية أو مشتقاتها ولكن يتم صناعتها داخل المعامل من تركيبات كيميائية وقد أدى التقدم العلمي الهائل إلى انتشار تلك المخدرات كما أدى إلى صعوبة الرقابة على صناعتها ويمكن تقسيم هذه المجموعة إلى (حامد أبو علي 31,2003).

أ- عقاقير الهلوسة:

ويمكن تعيين هذه العقاقير بأن لها القدرة على إحداث اختلال في الاستجابات اختلالات في الشخصية وتأثيرات مختلفة على الذاكرة وكذلك على خسية مع سلوك التعليمي

وبعض الوظائف الأخرى ومن هذه العقاقير ما ذكرها صاحب مؤلف الكشف عن المواد المخدرة، تذكر منها:

- داي ايثيل أميد حمض الليثريك «ال. اس. دي:

مادة تسبب الهلوسة بدرجة بالغة الشدة وينتج على شكل سائل عديم اللون والرائحة والطعم ولكنه قد يوجد على شكل مسحوق أبيض أو شكل أقراص أو حبوب بيضاء أو ملونة

- داي ميثيل تربتاين و. م. ت ال داي ايثيل، تربتامين (د. بي. ت) :

وتنتج هذه العقاقير بالتحضير في المعامل الكيميائية على شكل مسحوق متبلور أو مذاب على هيئة محلول وتأثيره مشابه لتأثير (ال. اس. دي. - س ت ب (د وم) - هناك كثير من المواد التي تحمل هذا الاسم وتوجد على شكل مسحوق أو أقراص أو كبسولات ذات احجام واشكال مختلفة ولها نفس تأثير آل - ال اس دي (حامد أبو علي 32,2003).

ب- المهبطات:

وتشمل:

- المسكنات المخدرة.

- المنومات والمهدئات.

- المذيبات الطيارة.

- المسكنات المخدرة:

ومنها على سبيل المثال: الهيرويين: فالهيرويين أكثر المخدرات فعالية إذ تعادل فعاليته 5 - 6 مرات فعالية المورفين كما أنه يسبب الإدمان بسرعة ولا يستخدم الهيرويين إلا في علاج المدمنين في بريطانيا في تخفيف آلام مرضى السرطان الميئوس من شفائهم. 2 المنومات والمهدئات:

أما المنومات فإن لها تأثير على وظائف المخ، حيث تهبط وظائف المخ مثل الخمر فتضعف القدرة على التركيز والانتباه وتتنقص القدرة على قيادة المركبات بكفاءة والمهارات الحركية الأخرى كالسباحة، أما المهدئات فتأثيرها أن تجعل الفرد هادئاً وتخفف من الألم

ويبقى الفرد غير مبال: بالمشاكل التي تعترض سبيله ورغم ما تسببه من اليرقان والالتهابات والهزات العصبية وتقص المقاومة المرضية وغير ذلك إلا أنها تسمى في الأسواق حبوب السعادة. وتشمل المنومات والمهدئات: المهدئات العظمية مثل: الأرجاكسيل. مضادات الاكتئاب مثل: التريبتزول. المهدئات الصغرى مثل: الفاليوم.

. المذيبات الطيارة (المشتقات):

نقد تم إدراج مجموعة من المذيبات الطيارة ضمن مواد الإدمان وذلك من قبل هيئة الصحة العالمية، أما عن متعاطي هذه المواد فيكثر في الأحداث ومنهم في سن شباب وذلك باستنشاق الأبخرة المتصاعدة منها ومن هذه المواد: الغراء البنزين - مذيبات الطلاء سائل القداحات. سائل تنظيف الملابس ترائي كلورو إيتلين. ت ومن تأثير هذه المواد المتطايرة أن المتعاطي يشعر بالدوار والاسترخاء والهلوسات البصرية والغثيان والقيء أحياناً أو يشعر بالنعاس.

ومن أهم المضاعفات ما قد يحدث الوفاة الفجائية نتيجة لتقلص أذين القلب وتوقف نبض القلب أو هبوط التنفس كما يكون تأثير هذه المذيبات ذا ضرر بالغ على المخ كتأثير المخدرات العامة (حامد أبو علي 2003 ، 33).

3- أسباب تعاطي المخدرات

3-1- الأسباب الشخصية

ضعف الوازع الديني الفراغ.

* الأفكار الكاذبة والاعتقادات الخاطئة:

الاعتقاد بأن المخدرات تقوي القدرات الجنسية، أو تطيل مدة الجماع وقد أثبتت الأبحاث الطبية والدراسات العلمية علي سبيل المثال دراسة سعد المغربي العكس. فالمخدرات تؤدي إلى الهبوط الجنسي، وتسبب العقم. (شيرين احمد، 2017، ص96).

*** التقليد والمجاملة:**

أما التقليد فهو سمة بارزة في حياة المراهقين الذين يستقبلون مرحلة الرجولة، ويريدون أن يظهروا أمام الآخرين مكملي الرجولة ويرتبط بالتقليد أمر آخر وهو المجاملة والفرق بينهما أن التقليد يصدر عن اقتناع، أما المجاملة فلا تصدر عن اقتناع بالفعل، وإنما يلجأ إليها الإنسان مجارة من حوله

* حب الاستطلاع من المعلوم أن الإنسان مجبول على الرغبة في اكتشاف ما أخفي عنه، وهذا الدافع يزداد بشكل ملحوظ في مرحلة المراهقة فالمرهق قد يدفعه الفضول وحب الاستطلاع إلى تجربة تعاطي المخدرات، مما يجعله فريسة للإدمان

3-2- الأسباب الاجتماعية

العامل الأسري:

ويدخل تحته صور عديدة منها:

- إهمال الوالدين في تربية الأولاد، وعدم مراقبة تصرفاتهم، واختيار رفاقهم. قيام الأسرة على أسس تربوية خاطئة، وعدم العناية بالتربية الإسلامية.
- القدوة السيئة بعدم استقامة الوالدين.
- التفكك الأسري بسبب كثرة الخلافات بين الزوجين، أو حالات الطلاق.
- غياب أحد الوالدين عن المنزل لفترة طويلة.
- سوء معاملة الأولاد إما بالإفراط في التدليل وتلبية الرغبات، وإما بالقسوة والحرمان

*** رفقاء السوء:**

السفر للخارج: فقد أثبتت البحوث الميدانية أن عدداً من متعاطي المخدرات بدأوا في تعاطي المخدرات أثناء سفرهم إلى الخارج للسياحة أو التعليم، حيث سهولة الحصول على المخدر، وتوفره بأسعار زهيدة.

تأثير بعض وسائل الإعلام: على الرغم من أهمية دور وسائل الإعلام في رفع درجة الوعي ووقاية المجتمع من المخدرات، إلا أنها في بعض الأحيان تؤدي دوراً عكسياً في هذا الجانب. (شيرين احمد، 2017، ص97)

3-3- الأسباب الاقتصادية

وتتضمن هذه الأسباب جانبين: الجانب الأول الفقر وسوء الأحوال المادية، فإن الفقر والأزمات الاقتصادية كالغلاء والبطالة وتراكم الديون قد تدفع الإنسان إلى تعاطي المخدرات هروباً من واقعه السيء، وقد تجره إلى ترويج المخدرات طلباً للحصول على المادة. الجانب الثاني الغنى والترف، فإن توفر المال مع عدم وجود الحصانة الدينية والخلقية قد يؤدي إلى البطر والانغماس الشهوات المحرمة وإنفاق الأموال على المواد المخدرة.

3-4- الأسباب الصحية

وتتضمن هذه الأسباب جانبين:

الجانب الأول: اعتلال الصحة البدنية ومن صوره العلاج من الأمراض بالعقاقير المخدرة قد يكون المريض الذي يتلقى علاجاً يحتوي على مواد مخدرة ضحية للإدمان عليها بسبب إساءة استخدامه، أو زيادة الجرعة المقررة.

والتناوي الذاتي باستخدام بعض الأدوية كالمهدئات والمنومات بدون استشارة طبية.

الجانب الثاني: اعتلال الصحة النفسية ومن ذلك القلق والاضطراب النفسي الناتج عن سوء المعيشة أو المشاكل الاجتماعية أو التعرض للفشل المتكرر، فيتعاطى المخدرات للهروب من الواقع المؤلم. (شيرين احمد، 2017، ص998).

4- الآثار الناجمة عن تعاطي المخدرات

الآثار المترتبة على إدمان المخدرات: مما لا شك فيه أنّ الإدمان يشكّل خطورة على حدّ سواء بالنسبة للفرد والمجتمع وذلك لما يترتب عليه من أضرار وأخطار صحية وتختلف هذه الأضرار من مادة مخدرة لأخرى حسب قوة تأثيرها بل وتختلف درجة الضرر باختلاف المادة أو الكمية الجرعة التي يتعاطها الفرد فمن الناحية الصحية حيث يصاب المدمن

ببعض الأمراض الناتجة عن الإدمان مثل تلف الكبد وقرحة في المعدة والتهاب الإثني عشر وأمراض القلب وتصلب الشرايين وهبوط حاد في الدورة الدموية والضعف الجنسي أما الأضرار الاجتماعية الناتجة عن هذه الظاهرة تتمثل في تصدّع وانهيار كيان الأسرة وانتشار الطلاق وتشرد الأبناء إلى جانب ظهور أنماط سلوكية غير مرغوب فيها اجتماعيا كالعنف والسرقة والاعتصاب ومن الآثار والأضرار النفسية المترتبة عن تعاطي وإدمان المخدرات.

والاضطراب النفسي وعدم الاتزان الانفعالي وتقلب المزاج والشعور بالقلق والتوتر والهلاوس وفي أحيان كثيرة يشعر مدمن المخدرات بفقدان الوعي وانخفاض تقدير الذات وقد يؤدي حرمان المدمن من المخدر إلى أقصى درجات الاضطراب النفسي وقد يصل الأمر به إلى الانتحار، كما تؤثر المخدرات على طبيعة الشحنات الكهربائية وإفراط المواد الكيميائية بالمخ وتؤثر على إفرازات والقتل الغدة النخامية. ومن الآثار العقلية المترتبة على تعاطي وإدمان المخدرات فقدان الذاكرة وصعوبة التركيز والهذيان والخيالات والهلاوس السمعية والبصرية والنسيان واضطراب الذاكرة واختلال القدرة على التفكير المنظم.

كما تتمثل الآثار المترتبة على إدمان المخدرات بالنسبة للمجتمع في أنّ الإدمان يؤدي ضعف ميزانية الدولة نظرا للعلاج الذي تتحمله الدولة في علاج المدمنين وإقامة مستشفيات ومراكز خاصة لذلك وعلى المستوى الأمني يؤدي الإدمان إلى انتشار الجرائم ومنها القتل والسرقة والاعتصاب والاعتداء على الغير مما يهدّد ذلك أمن واستقرار المجتمع. وبالنسبة للجانب التربوي فيؤثر التعاطي على نتائج التلاميذ بشكل سلبي فيقل التركيز ويصعب فهم الدروس مما ينتج عنه النفور من المدرسة والتخلي عن الدراسة التسرب المدرسي كما يمكن إضافة أهم آثار الإدمان على المخدرات على النحو الآتي:

1-4 - الآثار الصحية:

جميع توجد العديد من الآثار الصحية العديدة لتعاطي المخدرات على المدمن، بما فيها آثار قصيرة وطويلة الأمد، والتي غالبا ما تشمل أعضاء الجسم المختلفة تعتمد هذه الآثار على عدد من العوامل مثل صحة الشخص وكمية المخدرات التي تم تعاطيها ونوعها وتجدر

الإشارة إلى أن تعاطي المخدرات يؤدي إلى ارتفاع خطر الإصابة بعدد من الأمراض التي تنتقل عبر الدم وقد تتضمن هذه الأمراض عدوى فيروس العوز المناعي البشري (قلة المناعة) والتهاب الكبد الفيروسي والتهاب شغاف القلب، والتهاب النسيج الخلوي كما يمكن إضافة بعض الاضطرابات والآثار الصحية الأخرى على النحو الآتي: أمراض الجهاز التنفسي. ضعف الجهاز المناعي. ارتفاع الضغط والجهد على الكبد، مما يؤدي إلى ارتفاع خطر الإصابة بتلف الكبد أو فشل الكبد أمراض القلب والشرابين ألم البطن والغثيان والذي بدوره قد يؤثر في الشهية والوزن. تضرر الدماغ، والاضطرابات العقلية، والنوبات العصبية. اضطراب الذاكرة والانتباه والقدرة على اتخاذ القرارات استخدام الأم الحامل لأحد أنواع المخدرات أثناء الحمل يؤدي إلى إصابة الجنين بما يعرف بملازمة الامتناع الجنيني.

2-4 - الآثار النفسية والعقلية:

ربط الإصابة بالعديد من الاضطرابات النفسية والعقلية بإدمان المخدرات، وفي الجهة المقابلة فإن المعاناة من أحد هذه الاضطرابات يؤدي إلى ارتفاع خطر إدمان الشخص للمخدرات، وكما تم ذكره سابقا فإن إدمان المخدرات يؤدي إلى حدوث عدد من التغيرات النفسية والدماغية طويلة وقصيرة الأمد، وتُعدّ الرغبة الشديدة لاستخدام المخدرات وشعور الشخص بعدم قدرته الاستغناء عنها أحد الآثار النفسية لها، وسنلخص بعض الآثار النفسية والعقلية الأخرى الناجمة عن تعاطي وإدمان المخدرات: القلق النفسي الهلوسة الاكتئاب التقلبات المزاجية الرغبة في الانخراط ببعض الممارسات المحفوفة بالمخاطر الهستريا العنف.

3-4 - الآثار الاجتماعية:

إن آثار إدمان المخدرات لا تقتصر على الفرد وإنما تمتد إلى العائلة، والأصدقاء والمجتمع، والعمل. وفيما يلي سنقدم بعض الآثار الاجتماعية لإدمان المخدرات:

- الأزمة المالية.

- المشاكل الزوجية.

- نفور الأصدقاء تدهور العلاقات مع الأصدقاء).
- العزلة الاجتماعية.
- التفكك الأسري.
- انخفاض المستوى التعليم.
- ارتفاع معدل العنف.

المحاضرة الثامنة: التيارات في علم النفس المرضي

أولاً: تيار الطب العقلي

ثانياً: التيار السلوكي المعرفي

ثالثاً: التيار السيكونامي

مدخل:

يمكن استخدام مصطلح علم نفس الامراض للدلالة على السلوكيات والتجارب التي تشير الي المرض العقلي حتى ولو لم تشكل تشخيصا رسميا، على سبيل المثال يمكن اعتبار وجود الهلوسة بمثابة وجود علامة لمرض نفسي حتى ولو لم تكن هناك اعراض كافية تفي بمعايير احد الاضطرابات المذكورة في الدليل التشخيصي DSM بشكل اخر فإنه يمكن تصنيف اي سلوك أو تجربة تسبب ضعفا أو عجزا خصوصا اذا كان يعتقد انه ينشأ من خلل وظيفي في الانظمة الادراكية أو العصبية في الدماغ على انه علم نفس الامراض.

فيهتم علم النفس المرضي بالاضطرابات العقلية على وجه الخصوص أو الحالة العاطفية التي يصاب بها بعض الافراد نتيجة لعدة عوامل مختلفة منها العوامل الوراثية والبيولوجية والنفسية والاجتماعية ويتم التعامل مع المرضى النفسيين الذين يعانون من الاضطرابات النفسية من قبل الاطباء النفسيين ويعالج المرضى النفسيين من خلال بعض الادوية أو بعض العلاجات النفسية التي تحدد من خلال معايير تشخيصية محددة في علم النفس المرضي.

أولاً: تيار الطب العقلي:

1- تعريف الطب العقلي:

- الطب العقلي psychiatry تسمية مشتقة من الكلمتين اليونانيتين psyche بمعنى النفس أو العقل latreland بمعنى التطبيب أو العلاج الشافي healing فهو الفرع من الطب الذي يتناول علل واسباب نشأة الامراض العقلية، كما يتناول نواحي علاج اضطرابات العقل سواء في العلاج الاكلينيكي والعلاج الوقائي.

اما انه فرع من الطب، فذلك لانه يستهدف اكتشاف امراض العقل وطرق علاجها ومهمة معالجة الاضطرابات العقلية والوقاية منها فمجال الطب العقلي الحديث، مشاكل الصحة النفسية خصوصاً صحة وظيفة العقل والتربية الصحية والطبية وتوجيه الطفل وتكوين الطباع، ومنع وعلاج الادمان، والكفاءة للعمل والصلاحية للخدمة العسكرية... الى غير ذلك مما يدخل في اختصاص الاطباء العقليين اليوم واما انه عقلي فذلك لان العمليات المرضية التي يتناولها هذا واما انه عقلي فذلك لان العمليات المرضية التي يتناولها هذا الفرع من الطب تنشأ اصلاً في العقل وتنمو خصوصاً في المخ، اي تظهر أساساً في القشرة اللحائية في المخ (دسوقي، ص 15)

2- تعريف الاضطراب العقلي:

يواجه المختصون في مجال علم النفس المرضي مهمة صعبة ولكنها ضرورية وهي تعريف الاضطراب العقلي وبعد افضل التعريف له هو الذي يحتوي على خصائص والذي طرحه الدليل التشخيصي والاحصائي للاضطرابات العقلية الطبعة الخامسة - وهو يشتمل على عدد من الخصائص أو السمات الاساسية لمفهوم الاضطراب العقلي 2010 وهي: الاضطراب يحدث داخل الفرد يشمل الاضطراب صعوبات اكلينيكية ملحوظة في التفكير والمشاعر والسلوك.

يحتوي كذلك على اختلالات في العمليات التي تدعم الوظيفة العقلية لا تمثل استجابة ثقافية مقبولة لحدث ما مثال على ذلك وفاة شخص عزيز

ليس بالضرورة ناتج أولي عن الانحراف الاجتماعي أو الصراع مع المجتمع في الاجزاء التالية (د-آمال هادى الحويلة وآخرون، ص 28، ص 10)

3- جسمية ونفسية المرض العقلي:

ومع ان ما نسميه الاضطرابات الوظيفية هو النسبة الاغلب في الامراض العقلية فثمة اضطرابات كثيرة ايضا اصلها عضوي، هناك حالات عديدة مثلا تنشأ عن التسمم بأنواعه المختلفة اكثرها شيوعا في العالم الغربي في السنوات الاخيرة ما يحدث من ازدياد ادمان المخدر الى جانب الكحولية التي كان ادمانها دائما مشكلة سلوكية بل تسمما مرضيا أشد خطراً من المخدرات كذلك في الامراض العضوية الاصل ما يرجع للمخ بسبب أو بآخر فمع ان اصابته بسبب الزهري اقل شيوعا اليوم، فهناك ما يرجع للالتهاب السحائي والتهاب الدماغ ولأثر مختلف اصابات المخ من صدمة الرأس، أورام المخ وتصلب شرايين المخ... الخ هنا في هذه الامراض العضوية الاصل بلا جدال يكون الاضطراب العقلي بأعراضه المرضية معلولا للمرض الجسمي وليس علة له، فالاضطراب العقلي واضح الوظيفية وليس من الضروري إذن ان تكون الامراض العقلية اسبابها تكوينية باطنة.

ولايزال الاطباء العقليون لا يتخلون الى اليوم عن القول بوجود عوامل وراثية في المرض العقلي وان لم يقطعوا بان الوراثة هي العامل المحدد أو المصيري. ولعل معاوداتهم الرجوع الى بحث هذه العلاقة حينا بعد حين انما يعزي لنظريات عالم النفس المرضي الايطالي لومبروزو في منتصف القرن التاسع عشر بخصوص اهمية الوراثة وفساد التكوين في المجرم بالولادة على الخصوص الامر الذي شغل الاطباء والبيولوجيين وغيرهم وكذلك نظرية الجريمة التي صاغها موريل في نفس الوقت تقريبا والتي ربطت ارتباطا وثيقا بين الاجتماع والطب العقلي واهم ما يظن ان وراثة المرض العقلي تلعب فيه دورا رئيسيا خاصا الاضطرابات العصبية والنفسية التي تنمو في الاطفال على شكل تشوه عقلي ظاهر أو نوبات صرع أو اضطرابات وظائف حركية.

واما بقية العوامل المسببة للضعف العقلي فهي وان كانت مادية بيئية لكنها غير وراثية وتتعلق بظروف الحمل والولادة وما بعدها (دسوقي، ص 25-29-30-31).

4 - تصنيف الامراض العقلية في علم النفس المرضي:

بينما التشخيص السيرورة اخذ القرار لنسب شخص ما الي فئة تصنيفية محددة وفقا لمجموعة من المعايير الخاصة، فإن التصنيف يشير الي الترتيب في فئات تصنيفية في علاقاتها ببعضها البعض. وقد قامت العديد من المحاولات في فرنسا والمانيا لأجل وضع تصنيفات للاضطرابات العقلية توالى بعدها التصنيفات العالمية في سعيها لتوحيد هذه التصنيفات. وعموما توجد مقاربتين وصفيتين السيميولوجيا (الاعراضية) التحليلية، عصابات ذهانات، شذوذات لابينية والسيميولوجيا اللانظرية مثل التصنيفات ICD, DSM

4 - 1 - التصنيفات النفس مرضية:

هي ذات منحى تحليلي، كانت تميز بين العصابات الذهانات والشذوذات ويعتبر الأوديب نقطة تنظيمها، فإن تم قبوله مع قلق الخصاء فنحن في سجل العصابات وان تم انكاره فنحن في سجل الشذوذ وان تم رفضه فهذا سجل الذهانات. اما كارل "ابراهيم" فقد قدم تصنيفا نمائيا ينتظم حول تكامل مراحل النمو والمراحل الفرعية حيث تظهر الباثولوجية حسب التوقف في مرحلة ما من النمو ويرتكز على التثبيات والنكوصات وساهمت منطلقات "ابراهيم الظهور باحثين مثل "كيرنبرغ" من المدرسة الامريكية الذي اضاف توضيحات عن البنية الحدية واعمال "بيرجير" حول البيانات من المدرسة الفرنسية.

" 4-2 - التصنيفات العرضية:

ترتكز هذه التصنيفات على الاعراضية فهي موضوعية ولا تستند الي نظرية محددة. ويعتبر التصنيف الدولي للأمراض ICD والتصنيف التشخيصي الإحصائي DSM من اهم التصنيفات العالمية.

يعد "كربيلين" أول من ابتكر نظاما تصنيفيا للسلوك الشاذ عام 1883 والذي شكل الاساس للجانب النفسي من نظام تصنيف منظمة الصحة العالمية ICD كما ادمج هذا

النظام ايضا في الدليل التشخيصي والإحصائي لجمعية الطب النفسي الأمريكية DS، والذي يمكن بمقتضاه تحديد خمسة أنواع رئيسية من الامراض النفسية والعقلية الأعصية الزهان الوظيفي، الزهان العضوي، اضطرابات الشخصية، التخلف العقلي.

1-2-4 - التصنيف الدولي للأمراض والمشاكل المتعلقة بالصحة ICD :

هو تصنيف تقوم منظمة الصحة العالمية بنشره يتم فيه تصنيف الامراض والاعراض والعلامات والمسببات على شكل رمز يتكون من احد الحروف الهجائية اللاتينية وعدد من رقمين (مثلا A23 فكل مرض أو مجموعة الامراض ذات العلاقة يرمز لها برمز. فريد وينشر هذا الدليل بشكل فوري كل 10 سنوات.

لم يتم التطرق للأمراض العقلية حتى عام 1936 عندما صدرت القائمة الخامسة ICD5 التي ادرجت الأمراض العقلية ضمن الجهاز العصبي، وقد ذكر منها وقتئذ أربع مجموعات فقط: النقص العقلي، الفصام، زهان الهوس والاكتئاب كل الامراض العقلية الاخرى وصدرت القائمة السادسة ICD6 عام 1947 والتي اشتملت لأول مرة على فصل خاص بالأمراض العقلية الفصل الخامس F متضمنة اسباب المرض والوفاة اما القائمة السابعة ICD7 عام 1995 لم تضيف جديدا بخصوص الامراض العقلية والنفسية. وبمساعدة منظمة الصحة العالمية WHO صدرت القائمة الثامنة ICD8 حيث تضمنت وصف الاعراض والتشخيص الفارق وعلاج الاضطرابات العقلية وتوالت القوائم حيث شملت إضافات وتصنيفات عديدة حتى صدور القائمة العاشرة ICD10 يتضمن الفصل الخامس الاضطرابات العقلية والسلوكية في المراجعة العاشرة على عشر مجموعات رئيسية وتشمل كل مجموعة فرعية معينة.

2-2-4 - الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية DSM:

في عام 1952، قامت جمعية الطب النفسي الأمريكية APA بنشر نظامها التصنيفي الخاص والمتمثل في DSM وقد احتوى على مصطلحات تصف كل فئة من الفئات التشخيصية التي يتضمنها وقد اتبعت الطبعة الأولى بعدة مراجعات ظهرت في الاعوام

1968 و 1980، وفي هذا النظام التشخيصي أدخلت أكثر التغيرات ثورية حيث تضمن استخدام محكات تشخيصية واضحة للاضطرابات النفسية، ونظاما تشخيصيا متعدد المحاور ومنحى وصفيا للتشخيص يميل الى الحيادية في ما يتعلق بالنظريات التي تبحث في اسباب، الامراض وتركيز متزايدا على الفائدة الاكلينيكية للنظام التشخيصي. ثم تم تعديل هذا الدليل عام 1987، وفي عام 1994 صدر الدليل الرابع والذي وزعت فيه الاضطرابات العصابية في الاضطرابات العاطفية الحصرية... الخ. واختفت فيه تسميات الفوبيا والقلق، واستبدل مصطلح عصاب الهستيريا للتحويلية بمصطلح الاضطرابات جسدية الشكل. كمل حل مصطلح استراتيجيات المقاومة محل الميكانيزمات الدفاعية.

تمت مراجعته وصدر الدليل التشخيصي الرابع المعدل عام 2000، الذي يعتبر نظام التصنيف الأكثر استخداما. وهو تقييم متعدد المحاور إذ يتم فيع تقييم المرضى وفقا لخمس محاور أو مجالات من المعلومات وكل محور من شأنه ان يساعد في التخطيط للعلاج والتنبؤ بالنتائج وتزودنا هذه المحاور مجتمعة بوصف شامل لمشكلات المريض الاساسية وضغوطه النفسية ومستواه الوظيفي اخيرا صدر النظام التشخيصي الخامس في 2013 وهو نتاج عمل 14 فرقة عمل كل منها مسؤول عن نوع من الامراض في هذا الدليل يحتوي على تعليمات كيفية الاستخدام والاحتياطات الواجب اتباعها يليها معايير التشخيص وقائمة الرموز وفئات خاصة بكل مرض ويدرج كذلك رموز التصنيف الدولي للأمراض بين قوسين، يلي ذلك وصف للنظام التشخيصي متعدد المحاور في هذا الدليل ويقدم المحكات التي يجب توافرها لدى المريض من اجل تصنيفه في فئة معينة ام لا ثم يقدم شرحا مصغر لكل اضطراب وبعدها محور يخص ادماج القياس وبعض النماذج كالنموذج الثقافي وغيرها. يشتمل الدليل التشخيصي الخامس على 297 فئة تشخيصية ويتوفر على خمسة محاور تسمح بتقييم شامل للاضطرابات الشخصية والتخلف العقلي، المحور الأول خاص بالاضطرابات الاكلينيكية، المحور الثاني يتعلق باضطرابات الشخصية والتخلف العقلي

المحور الثالث بأمراض الطب العام والمحور الرابع خاص بالمشاكل النفس اجتماعية والبيئية والمحور الخامس التقييم العام للتوظيف.

4-2-3- التصنيف الفرنكفوني للاضطرابات العقلية للطفل والمراهق:

في الثمانينيات من القرن الماضي، قام فريق فرنسي مكون من اطباء اطفال نفسانيين تحت رئاسة Roger Mises بتأسيس تصنيف فرنسي للاضطرابات العقلية خاص بالطفل والمراهق وفي سنة 2014، تم اضافة البالغين لهذا التصنيف بعد سعي كل من Mises وGeon Garrabeo يتجنب هذا التصنيف الاعتماد على افتراضات نظرية معينة للسببية المرضية بل يركز على علم النفس المرضي لتصنيف الاضطرابات العقلية دون انكار فائدة المنهج الوصفي للسلوكيات الملاحظة في النفسي التي يتبناها كل من DSM5 و ICD10 ويتناول EACFTM مفهوم البنيات الذي يمكن ان يوضح بعض المشكلات الاكلينيكية التي ليس لها حل في الطب العقلي الوصفي، وهي العصابات والذهانات والحالات الحدية ويضع هذا التصنيف في الاعتبار سياق المريض وتنظيمه النفسي وتاريخه من اجل الابتعاد عن المبالغة في التشخيص غير الملائم. كما يركز هذا التصنيف على محورين المحور الأول يخص التصنيفات الاكلينيكية الاساسية اما المحور الثاني يتعلق بالعوامل السابقة ذات العلاقة أو المحتملة للسببية المرضية. (وادة، تواتي ابراهيم. 2021. ص من 260 الي 262)

5- الفرق بين المرض العقلي والمرض النفسي:

تتم عملية تشخيص المرض العقلي والمرض النفسي والفرقة بينهم تبعا لعدة معايير على راسها الاعراض المصاحبة لكل منهما وفيما يلي نتعرف على ابرزها

5-1- اعراض الامراض النفسية:

تقتصر اعراض اغلب الاضطرابات النفسية على ملاحظة تغيرات حادة في الحالة المزاجية والتي تنعكس بطبيعة الحال على سلوكياته ومن امثلة ذلك ما يلي: الاكتئاب حيث تنتمى لدى المريض النفسي شعورا دائما بالحزن واليأس قد يصاحبه احساسا بالذنب.

الخمول وفقدان الحافز يفقد المريض النفسي شغفه بمختلف الأنشطة التي كان يفضلها بالسابق وكذلك ينخفض مستوى إنتاجيته ومستوى تحصيله العلمي.

المزاج المتقلب تعد تقلبات المزاجية الحادة من الانتقال بين حالي الهدوء والغضب بسرعة ودون مبرر احد الاعراض الرئيسية الدالة على الاضطراب النفسي تغير العادات يصاحب الاضطراب النفسي عادة تغيرا واضحا في العادات اليومية مثل عادات الطعام والنوم وغيرهما.

العزلة الاجتماعية يميل المريض النفسي عادة الي الانسحاب من المجتمع المحيط ويفضل الانعزال عن الاخرين يعد ذلك اثرا لحالة الاكتئاب التي يمر بها فضلا عن احساسه الداخلي بالخلل من نفسه وتحقيرها.

يضاف الي كل ما سبق مجموعة من الاعراض الجسدية التي قد تنتج عن الاضطرابات النفسية مثل صداع الراس أو الام متفرقة بأنحاء الجسم وبالخص منطقتي الظهر والعنق بالإضافة الي الاضطرابات الهضمية والأمراض المعوية، الا ان كل هذه المشاكل الصحية لا يعتد بها عرضا للمرض النفسي الا بعد توقيع الكشف الطبي والتأكد من عدم وجود اي سبب عضوي لها.

5-2- اعراض الامراض العقلية

يأتي المرض العقلي مصحوب بالعديد من الاعراض التي يتمثل ابرزها في نوبات الهلأوس والأوهام التي لا صلة لها بالواقع ومن امثلة ذلك:

الهلأوس يدعي المريض العقلي عادة سماع أو رؤية اشياء أو اشتمام روائح لا وجود لها بالواقع ولكن تكون لديه قناعة راسخة بحقيقتها. الأوهام تتولد لدي المريض اعتقادات وهمية لا صلة لها بالواقع مثل ان هناك من يراقبه أو يتربص به أو ان يضخم المريض ذاته ويعتقد بأنه يمتلك قدرات خاصة أو يتفوق على الاخرين في نواحي عديدة وغير ذلك.

اضطراب الحديث يعني اظهار المريض سلوكا غريبا عند التحدث مثل ان يكون حديثه سريعا لدرجة غير مفهومة أو ان ينتقل بسرعة شديدة بين مواضيع مختلفة لا يوجد رابط بينهم أو استخدام الكلمات الخاطئة في التعبير والوصف

التغيرات السلوكية تطرأ العديد من التغيرات على السلوكيات نتيجة المرض العقلي مثل الزيادة المفرطة في النشاط أو العزلة الاجتماعية أو التصرفات غير المبررة مثل الضيق دون سبب أو الدخول في نوبة ضحك بموقف غير ملائم.

6- علاج المرض العقلي والمرض النفسي:

تبدأ مراحل علاج كل من المرض العقلي والمرض النفسي بالتشخيص الدقيق للحالة وتقييمها نظرا لان اعراض العديد من تلك الاضطرابات قد تتشابه وتتداخل مع بعضها البعض، وفي ضوء تلك النتائج يتم تحديد خطة العلاج المناسبة التي غالبا ما تقوم على جلسات العلاج النفسي والعلاج الدوائي بجانب بعض الانماط العلاجية الاخرى مثل جلسات الاسترخاء.

يتمثل الفرق بين المرض العقلي والمرض النفسي في كون الاخير (اي المرض النفسي قابل للعلاج بصورة نهائية اذا توفرت للمريض الرعاية الطبية اللازمة بالمرحلة المبكرة من مرضه بينما المرض العقلي فهو على النقيض وبناء عليه يكون الهدف من البرنامج العلاجي السيطرة على محفزات المرض والحد من الاعراض المصاحبة له والتي تهدد استقرار حياة من ممارسة المريض وتمكنه الحياتية. (ADDCANEL, 2021).

ثانيا: التيار السلوكي المعرفي:

1- ماهية التيار السلوكي المعرفي:

1-1- تعريف التيار السلوك المعرفي:

التيار السلوكي المعرفي هو نظرية نفسية تركز على الدراسة العلمية للسلوك البشري، وتعتبر من الأنظمة المهمة في علم النفس الحديث. وترتكز هذه النظرية على فكرة أن السلوك يمكن تفسيره بناءً على العوامل العلمية المحيطة بالفرد وعلى تجاربه وتعلمه.

ويتميز التيار السلوكي المعرفي بالتركيز على العمليات الذهنية والتفكير والمعرفة، وكيفية تأثيرها على السلوك البشري. ويهتم هذا التيار أيضاً بالعوامل البيئية والاجتماعية التي تؤثر على السلوك وتشكله.

ومن المعتقد أن هذا التيار يمكن أن يساعد في فهم السلوك البشري وتحسينه، من خلال توفير إطار علمي لفهم العوامل التي تؤثر على السلوك وتعديلها عند الحاجة. وتستخدم هذه النظرية في العديد من المجالات بما في ذلك العلاج النفسي والتعليم والإدارة وغيرها.

1-2- نشأة التيار السلوكي المعرفي

تأسس التيار السلوكي المعرفي في الولايات المتحدة الأمريكية في الستينات من القرن الماضي، وكانت العديد الأحداث والتطورات العلمية والاجتماعية والسياسية الهامة قد من أدت إلى نشأته.

ومن بين هذه الأحداث:

- أ - نهضة العلوم السلوكية: حيث تأثر التيار السلوكي المعرفي بالنهضة العلمية الحديثة التي تركز على الدراسة العلمية للسلوك البشري وتحليله بطرق علمية دقيقة.
- ب - نظرية التعلم: حيث قام علماء النفس بدراسة عمليات التعلم وتأثيرها على السلوك البشري، وقد أسهم ذلك في تطوير فكرة أن السلوك يمكن تفسيره بناءً على تجارب الفرد وتعلمه.

عبدالرحمن بن صالح السيف، العلاج السلوكي المعرفي: مفهومه وتطبيقاته، الطبعة الأولى، دار الكتاب العربي، المملكة العربية السعودية، 2006م، ص 70.

- ج - النهضة العلمية في علم النفس حيث تعاون العديد من العلماء في دراسة العمليات الذهنية والمعرفية، وتطوير نظريات جديدة تركز على الدراسة العلمية للتفكير والمعرفة.

د- الحركة الحقوقية في الولايات المتحدة حيث ساهمت هذه الحركة في تعزيز الاهتمام بالعدالة الاجتماعية وتعزيز الحقوق المدنية والسياسية للأقليات وهذا أدى إلى التركيز على الدراسة العلمية للعوامل الاجتماعية والبيئية التي تؤثر على السلوك البشري.

وبالتالي، فإن نشأة التيار السلوكي المعرفي جاءت نتيجة لتفاعل متعدد الجوانب بين العوامل العلمية والاجتماعية والسياسية في الستينات من القرن الماضي. ومنذ ذلك الحين، أصبح التيار السلوكي المعرفي واحدًا من الأنظمة الأساسية في علم في علم النفس، وتم تطبيقه على نطاق واسع في مجالات مختلفة مثل التعليم والصحة النفسية والتطوير الشخصي وإدارة الأعمال.

يتميز التيار السلوكي المعرفي بالتركيز على السلوك الواعي وتفسيره بناءً على المعلومات التي يمكن الحصول عليها بطرق علمية دقيقة، ويعتمد على تطوير العلاقة بين الفرد والبيئة المحيطة، به وتعزيز السلوك الإيجابي والتعامل مع السلوك السلبي.

يعتبر بورجويس سكينر (Skinner...) وألبرت باندورا (Albert Bandoura) من أبرز العلماء الذين ساهموا في تطوير التيار السلوكي المعرفي، وقد قدموا نظريات مختلفة حول عملية التعلم وتأثيرها على السلوك البشري.

بالإضافة إلى ذلك، تميز التيار السلوكي المعرفي بالتركيز على التدخل العلاجي والتدريب السلوكي، حيث يهدف إلى تعزيز السلوك الإيجابي والتغلب على المشاكل السلوكية السلبية، ويستخدم في العديد من المجالات مثل التربية والتدريب وعلاج الأمراض النفسية. ومنذ نشأته في الستينات من القرن الماضي، استمر التيار السلوكي المعرفي في التطور والتطبيق على نطاق واسع، ولا يزال يحظى بشعبية كبيرة في علم النفس والمجالات المرتبطة به. (عبدالرحمن بن صالح مرجع سابق، ص 74) .

2- أهمية التيار السلوك المعرفي

يملك التيار السلوكي المعرفي أهمية كبيرة في العديد من المجالات والتخصصات، ومن الأهمية التي يتمتع بها هذا التيار:

أ - تحسين السلوك والأداء: يساعد التيار السلوكي المعرفي في تحسين السلوك والأداء الإنساني، وذلك من خلال التركيز على تغيير الأفكار والمعتقدات الخاطئة وتعزيز السلوك الإيجابي والصحيح.

ب - الوقاية من الاضطرابات النفسية: يساعد التيار السلوكي المعرفي في الوقاية من الاضطرابات النفسية وذلك من خلال التركيز على تعزيز القدرات الإيجابية وتحسين السلوك الإيجابي، والصحيح، وهذا يساعد على الحفاظ على الصحة النفسية والعقلية.

ج - تحسين العلاقات الإنسانية: يعتبر التيار السلوكي المعرفي أحد أهم الأدوات التي يمكن استخدامها لتحسين العلاقات الإنسانية، وذلك من خلال تحسين التواصل والتفاعل بين الأفراد وتعزيز الثقة والتعاون بينهم.

د - تطوير الذات: يعتبر التيار السلوكي المعرفي أحد الأساليب الفعالة لتطوير الذات وتحسين الأداء الشخصي والمهني، وذلك من خلال تحسين الأفكار والمعتقدات وتعزيز السلوك الإيجابي والصحيح.

هـ - تطوير المهارات الحياتية: يمكن استخدام التيار السلوكي المعرفي لتطوير المهارات الحياتية لدى الأفراد، وذلك من خلال تعلم المهارات اللازمة لتحقيق الأهداف والنجاح في الحياة الشخصية والمهنية.

و - الاستخدام في مجال العلاج النفسي: يستخدم التيار السلوكي المعرفي في مجال العلاج النفسي لعلاج العديد من الاضطرابات النفسية مثل القلق، الاكتئاب، الإدمان، العصبية، الفوبيا، والعديد من الاضطرابات النفسية الأخرى. يستخدم هذا التيار في عمليات العلاج لتحديد المشاكل السلوكية والمعرفية للمرضى والعمل على تغييرها وتحسين السلوك والأداء الإنساني.

ي - استخدامه في التعليم يمكن استخدام التيار السلوكي المعرفي في مجال التعليم لتحسين الأداء الأكاديمي للطلاب، وذلك من خلال تعزيز السلوك الإيجابي والصحيح وتحسين الأداء الأكاديمي.

ط - البحث العلمي: يستخدم التيار السلوكي المعرفي في البحث العلمي لدراسة السلوك الإنساني والعمل على تحسينه وتطويره ويتم استخدام هذا التيار في العديد من العلمية مثل علم النفس وعلم السلوك والتربية، والتنمية البشرية. باختصار، يعتبر التيار السلوكي المعرفي من أهم التيارات النفسية المعاصرة التي تعمل على المجالات تحسين السلوك والأداء الإنساني، وتحسين العلاقات الإنسانية وتطوير الذات والمهارات الحياتية، ويمكن استخدامه في مجال العلاج النفسي والتعليم والبحث العلمي. (عبد المحسن، 2011م، ص 85) .

3- خصائص التيار السلوك المعرفي:

تتميز السلوك المعرفي بعدة خصائص وميزات منها:

أ - التركيز على السلوك: يركز التيار السلوكي المعرفي على دراسة السلوك الواعي والملموس وكيفية تفسيره وتغييره، ويعتمد على الملاحظة والتجربة والتحليل العلمي لفهم السلوك البشري.

ب - التأثير المتبادل بين الفرد والبيئة يركز السلوك المعرفي على العلاقة المتبادلة بين الفرد والبيئة المحيطة به، وكيف يؤثر السلوك البشري على البيئة، وكيف تؤثر البيئة في تشكيل وتحديد السلوك.

ج - التحكم في السلوك: يسعى التيار السلوكي المعرفي إلى التحكم في السلوك البشري من خلال تغيير المتغيرات المؤثرة عليه سواء كانت هذه المتغيرات في الفرد نفسه أو في البيئة المحيطة به.

د - التدخل العلاجي: يستخدم التيار السلوكي المعرفي في التدخل العلاجي والتدريب السلوكي، ويهدف إلى تغيير السلوك السلبي وتعزيز السلوك الإيجابي، ويعتمد في ذلك على تقنيات مختلفة مثل التحفيز والمكافأة والعقاب.

هـ - العلمية والدقة يعتمد التيار السلوكي المعرفي على المنهج العلمي والتحليل الدقيق والملاحظة المستمرة ويهدف إلى الوصول إلى نتائج دقيقة وموثوقة عن السلوك البشري وعملية التعلم.

و - التطبيقات المتعددة يمكن استخدام التيار السلوكي المعرفي في مجالات متعددة مثل التعليم والصحة النفسية والتطوير الشخصي وإدارة الأعمال، ويمكن تطبيقه على الفرد والمجموعات.

ي - الاهتمام بالتغيير الإيجابي: يركز التيار السلوكي المعرفي على التغيير الإيجابي وتعزيز السلوك الصحيح، وذلك بتغيير الأفكار والمعتقدات الخاطئة وتعزيز السلوك الإيجابي والصحيح.

ط - التعلم المستمر: يشجع التيار السلوكي المعرفي على التعلم المستمر وتحسين الذات، ويعتبر التعلم عملية مستمرة يمكن الوصول من خلالها إلى التغيير والتحسين والنمو.

ظ - الاستخدام الواسع يتم استخدام التيار السلوكي المعرفي في العديد من - والتخصصات، ويمكن تطبيقه في مجالات مثل التعليم والتدريب والتطوير الشخصي وعلم النفس السريري وإدارة الأعمال وغيرها.

ل - التعاون والتفاعل: يشجع التيار السلوكي المعرفي على التعاون والتفاعل بين الأفراد والمجموعات، ويهدف إلى تحسين العلاقات الإنسانية والتفاهم بين الأفراد، وتحسين جودة الحياة في المجتمع.

4- مبادئ التيار السلوكي المعرفي

يعتمد التيار السلوكي المعرفي على عدة مبادئ ومفاهيم أساسية، منها:

أ - التركيز على السلوك يركز هذا التيار على دراسة السلوك الإنساني وتحليله وتفسيره وتغييره في حال كان سلوكا غير صحيح أو سلبي.

ب - التركيز على المعرفة: يركز التيار السلوكي المعرفي على دراسة عملية التعلم والمعرفة، وكيفية تأثيرهما على السلوك والأداء الإنساني.

ج - التركيز على الحلول يعتمد هذا التيار على البحث عن الحلول الفعالة للمشاكل النفسية والسلوكية التي يعاني منها الأفراد.

د - التحكم الذاتي: يعتمد هذا التيار على تعليم الأفراد التحكم في سلوكهم ومشاعرهم وتفكيرهم، وتحسينها لتحقيق أهدافهم وتطوير ذواتهم.

إسراء الشامي التدريب السلوكي المعرفي: مدخل إلى الممارسة العلاجية والتربوية، الطبعة الأولى، دار الفرجاني، مصر، 2017م.

هـ - العلاقات الإيجابية: يركز هذا التيار على تطوير العلاقات الإنسانية والتعامل بشكل إيجابي مع الآخرين، وذلك من خلال تعليم مهارات التواصل الفعال وحل المشكلات.

و- التدريب الإيجابي: يستخدم هذا التيار تدريبات إيجابية ومشجعة لتحسين السلوك والأداء الإنساني، وذلك من خلال تدريب الأفراد على التعرف على نمط السلوك الخاطئ وتغييره إلى نمط صحيح وإيجابي.

ي - التقييم الذاتي: يشجع هذا التيار الأفراد على هذا التيار الأفراد على تقييم أنفسهم واستشراف المستقبل، وذلك خلال تعليمهم كيفية تقييم أدائهم وتحديد النقاط القوية والضعف وتحسينها. من باختصار، يعتمد التيار السلوكي المعرفي على عدة مبادئ أساسية تركز على السلوك والمعرفة والحلول الفعالة والتحكم الذاتي والعلاقات الإيجابية والتدريب الإيجابي والتقييم الذاتي. وتحقيق هذه المبادئ يساعد الأفراد على تحسين جودة حياتهم وتحقيق أهدافهم الشخصية والمهنية والاجتماعية. كما يمكن استخدام هذا التيار في مجالات متعددة مثل الصحة النفسية والعمل والتعليم والرياضة والعلاقات الإنسانية والعديد من المجالات الأخرى.

5- أهداف التيار السلوكي المعرفي

تحتوي المدرسة السلوكية المعرفية على العديد من الأهداف الرئيسية. إليك بعض الأهداف الأساسية للتيار السلوكي المعرفي:

أ- فهم السلوك البشري يهدف التيار السلوكي المعرفي إلى فهم السلوك البشري وعملية التفكير والتعلم المرتبطة به يدرس هذا التيار كيفية تكوين السلوك وتحديد وتغييره.

ب. التحسين الشخصي: يهتم التيار السلوكي المعرفي بتطوير الذات وتحسين السلوك البشري.

ج- يعمل على تعزيز القدرات الإيجابية وتحسين المهارات العقلية والاجتماعية والتعليمية للفرد. (سهى الحربي، 2019م، ص 246).

د- علاج الاضطرابات النفسية: يستخدم التيار السلوكي المعرفي تقنياته لعلاج الاضطرابات النفسية مثل الاكتئاب والقلق واضطرابات الطيف التوحدي واضطرابات الطعام. يعتمد هذا التيار على تحليل الأفكار والمعتقدات السلبية وتغييرها للوصول إلى نتائج إيجابية.

هـ- تعزيز التغيير الإيجابي: يعمل التيار السلوكي المعرفي على تعزيز التغيير الإيجابي في السلوك والمعتقدات والمواقف يسعى إلى تعزيز السلوك الصحيح وتحسين المهارات الإيجابية وتطوير استراتيجيات التفكير البناءة.

و- تطوير استراتيجيات التعلم: يعمل التيار السلوكي المعرفي على تطوير استراتيجيات التعلم الفعالة. يساعد الأفراد على فهم كيفية تحسين التركيز والتذكر والتعلم وتطوير مهارات التفكير النقدي وحل المشكلات.

ي- تعزيز التغيير الاجتماعي: يهدف التيار السلوكي المعرفي إلى تعزيز التغيير الاجتماعي الإيجابي من خلال فهم السلوك الجماعي وتأثيره على المجتمع. يعمل على تعزيز السلوكيات المجتمعية الصحية وتحسين العلاقات الاجتماعية وتطوير مهارات حل النزاعات والتعاون.

ط- تطوير استراتيجيات التحفيز يسعى التيار السلوكي المعرفي لتطوير استراتيجيات فعالة للتحفيز وتعزيز السلوك المرغوب. يستخدم تقنيات مثل التعزيز الموجه والتكيف السلوكي لتشجيع السلوك الإيجابي وتعزيز التحصيل الأكاديمي وتحقيق الأهداف الشخصية.

ظ- تعزيز القدرات العقلية: يعمل التيار السلوكي المعرفي على تعزيز القدرات العقلية وتطوير مهارات الاستدلال اللوجي والتفكير النقدي وحل المشكلات بهدف إلى تحسين الذكاء العاطفي والذكاء الاجتماعي وتطوير القدرة على اتخاذ القرارات الصحيحة.

ل- تعزيز العمليات العقلية الإيجابية: يعمل التيار السلوكي المعرفي على تعزيز العمليات العقلية الإيجابية مثل التفكير المرن والتفكير الإبداعي والتفكير الإيجابي يهدف إلى تحسين نمط التفكير وتغيير الأنماط السلبية إلى أنماط إيجابية تساعد على التقدم والنجاح. (عبدالله الجار الله، " ، 2013م، ص 67).

ن- تطوير الذات وتعزيز الرضا الذاتي: يعمل التيار السلوكي المعرفي على تطوير الذات وتحسين الرضا الذاتي والثقة بالنفس يساعد الأفراد على فهم قدراتهم ومهاراتهم. (عبدالله الجار الله، مرجع سابق، ص 68).

ثالثا- التيار السيكوندينامي

1- مفهوم التيار السيكوندينامي:

مجموعة من نظريات الأداء البشري التي تستند إلى دوافع وقوى متبادلة داخل الشخص، وتؤكد على عملية التغيير والدور المشترك في العلاقات الشخصية والخارجية لتنمية الشخصية.

وببساطة أكثر ؛ تُفسّر النظرية النفسية الديناميكية التي تُسمى أحيانا نظرية التحليل النفسي- الشخصية بالعمليات النفسية اللاواعية (كالرغبات والمخاوف التي لا ندركها تماما، وتدعي أن تجارب الطفولة حاسمة في تشكيل شخصية البالغين. ترتبط النظرية النفسية الديناميكية ارتباطاً وثيقاً بعمل سيجموند فرويد كالتحليل النفسي؛ وهو نوع من العلاج النفسي الذي يُحاول سبر أفكار لأوعي المريض وعواطفه ليتمكن الشخص من فهم نفسه.

2- تاريخ التيار السيكوندينامي:

سنطرق لتاريخ النظرية الديناميكية النفسية من خلال مجموعة محطات تاريخية دون الخوض في التفاصيل:

في عام 1895، كتب بروير ومساعدته سيغموند فرويد كتاباً بعنوان دراسات حول الهستيريا في هذا الكتاب شرح بروير وفرويد نظريتهم كل هستيريا هي نتيجة تجربة مؤلمة،

تجربة لا يمكن دمجها في فهم الشخص للعالم. وهذا المنشور يدل على أن فرويد هو "أبو التحليل النفسي".

بحلول عام 1896، وجد فرويد مفتاح نظامه، وأطلق عليه اسم التحليل النفسي وفي هذا النظام، استبدل مفهوم التنويم المغناطيسي بـ "الارتباط الحر".

في عام 1900 نشر فرويد أول عمل رئيسي له، تفسير الأحلام، والذي أكد أهمية حركة التحليل النفسي.

في عام 1902 أسس فرويد جمعية الأربعاء النفسي، والتي تحولت لاحقاً إلى جمعية التحليل النفسي في فيينا. (زهران، 1988، ص 55)

مع نمو المنظمة، أنشأ فرويد دائرة داخلية من الأتباع المخلصين، سميت بـ "اللجنة" تتضمن ساندور) فرنزي، وهانس ساكس، أوتو رانك، وكارل ابراهام، وماكس إيتنغون، وإرنست جونز).

ذهاب فرويد وزملاؤه إلى ماساتشوستس عام 1909 لإلقاء محاضرات حول أساليبهم الجديدة في فهم الأمراض العقلية.

وكان من بين الحاضرين بعض أهم الشخصيات الفكرية في العالم، مثل ويليام جيمس وفرانز بواس وأدولف ماير.

في السنوات التي أعقبت الزيارة التي قام بها فرويد إلى الولايات المتحدة، تم تأسيس جمعية التحليل النفسي الدولية عين فرويد كارل يونج خلفاً له لقيادة الرابطة، وتم إنشاء فروع في المدن الكبرى في أوروبا وأماكن أخرى في العالم.

عقدت اجتماعات أو مؤتمرات منتظمة لمناقشة النظرية والعلاج والتطبيقات الثقافية للمنظور الجديد.

دراسة يونغ حول الفصام، علم نفس الخرف براكوكس، قادتته إلى التعاون مع سيغموند فرويد.

استمر تعاون يونغ الوثيق مع فرويد حتى عام 1913 أصبح يونغ ينتقد بشكل متزايد تعريف فرويد الجنسي الحصري للرجبة الجنسية وسفاح القربى.

أدى نشر كتاب Jung's Wandlungen und Symbole der Libido (المعروف باللغة الإنجليزية باسم The Psychology of the Unconscious) إلى أزمة

طور يونغ نظرياته الخاصة بشكل منهجي تحت اسم علم النفس التحليلي بعد ظهوره من فترة الأزمة هذه مفاهيم يونغ اللاوعي الجماعي والأمثلة عنه قادته لاستكشاف الدين في الشرق والغرب، والخرافات.

أخذت ميلاني كلاين تفكير التحليل النفسي في اتجاه جديد من خلال الاعتراف بأهمية تجارب الطفولة المبكرة في تشكيل عالمنا العاطفي البالغ بعد أن أصبحت عضوًا كامل العضوية في جمعية برلين للتحليل النفسي في عام 1923، شرعت كلاين في تحليلها الأول للطفل.

اعتمدت كلاين على تحليلها لألعاب الأطفال لصياغة مفاهيم جديدة مثل الإصابة بجنون العظمة والوضع الاكتئابي بتوسيع وتطوير أفكار سيغموند فرويد.

أصبحت آنا فرويد ابنة) (فرويد قوة رئيسية في علم النفس البريطاني، وتخصصت في تطبيق التحليل النفسي على الأطفال (نفس مرجع، 2005، ص76)

3- الأفكار الأساسية للتيار سيكو دينامي:

سلوكياتنا ومشاعرنا يتأثران بقوة بدوافعنا اللاواعية ويتكون العقل اللاوعي من العمليات العقلية التي يتعذر على الوعي الوصول إليها، ولكنها تؤثر على الأحكام والمشاعر والسلوك (ويلسون، 2002).

وفقاً لفرويد (1915)، فإن العقل اللاوعي هو المصدر الأساسي للسلوك البشري. وذلك مثل جبل الجليد، فالجزء الأكثر أهمية في العقل هو الجزء الذي لا يمكنك رؤيته. بمعنى آخر تتأثر مشاعرنا ودوافعنا وقراراتنا بقوة بتجاربنا السابقة، ويتم تخزينها في اللاوعي وتنعكس على حياتنا الحالية.

- سلوكياتنا ومشاعرنا متجذرة في تجارب طفولتنا تنص النظرية الديناميكية النفسية على أن الأحداث التي جرت في طفولتنا لها تأثير كبير على حياتنا البالغة، ولها تأثير أيضا على تشكيل شخصيتنا. فالأحداث التي تحدث في الطفولة تبقى في اللاوعي، وتسبب مشاكل نفسية طوال الحياة. تتشكل الشخصية عندما يتم تعديل الدوافع من خلال صراعات مختلفة في أوقات مختلفة في الطفولة أثناء التطور النفسي (الجنسي).

4- كل السلوكيات لها أسباب لأواعية:

النظرية الديناميكية النفسية حتمية لدرجة كبيرة، لأنها ترى أن سلوكنا ناتج بالكامل عن عوامل لا شعورية لا نملك السيطرة عليها بما في ذلك زلات اللسان يمكن للأفكار والمشاعر اللاواعية أن تنتقل إلى العقل الواعي في شكل "parapraxes"، المعروف شعبياً باسم الزلات أو زلات اللسان الفرويدية. ففي نظر فرويد هذه الزلات هي عبارة عن كشف لما يدور في ذهن مرتكبها بشكل غير مقصود بقول شيء غير مقصود أيضا.

يعتقد فرويد أن زلات اللسان تعطي نظرة واضحة على العقل اللاوعي وما يدور في الذهن، فكل السلوكيات بما في ذلك زلات (اللسان مهمة في تحليل الإنسان تتكون الشخصية من ثلاثة أجزاء الهو، والأنا، والأنا الأعلى الهو هو الجزء الأساسي الذي ينشأ عنه فيما بعد الأنا والأنا الأعلى. • يتضمن الهو جزئين:

جزء فطري: الغرائز الموروثة التي تمتد الشخصية بالطاقة بما فيها الأنا والأنا الأعلى جزء مكتسب: وهي العمليات العقلية المكبوتة التي منعها الأنا (الشعور) من الظهور • ويعمل الهو وفق مبدأ اللذة وتجنب الألم.. ولا يراعي المنطق والأخلاق والواقع الأنا، الأنا كما وصفها فرويد هي شخصية المرء في أكثر حالاتها اعتدالا بين الهو والأنا العليا، حيث تقبل بعض التصرفات من هذا وذاك، وتربطها بقيم والمجتمع وقواعده، حيث من الممكن للأنا أن تقوم بإشباع بعض الغرائز التي تطلبها الهو ولكن في صورة متحضرة يتقبلها والمجتمع إلا ترفضها الأنا العليا يعمل الأنا كوسيط بين الهو والعالم الخارجي فيتحكم في إشباع مطالب الهو وفقا للواقع والظروف الاجتماعية.

• وهو ويعمل وفق مبدأ الواقع.

• ويمثل الأنا الإدراك التفكير والحكمة والملاءمة العقلية. • ويشرف الأنا على النشاط الإرادي للفرد.

• ويعتبر الأنا مركز الشعور إلا أن كثيراً من عملياته توجد في ما قبل الشعور، وتظهر للشعور إذا اقتضى التفكير ذلك. • يوازن الأنا بين رغبات الهو والمعارضة من الأنا الأعلى والعالم الخارجي، وإذا فشل في ذلك أصابه القلق ولجأ إلى تخفيفه عن طريق الحيل الدفاعية

5- الأنا الأعلى:

• الأنا الأعلى كما وصفها فرويد في شخصية المرء في صورتها الأكثر تحفظاً وعقلانية، حيث لا تتحكم في أفعاله سوى القيم الأخلاقية والمجتمعية والمبادئ، مع البعد الكامل عن جميع الأفعال الشهوانية أو الغرائزية. يمثل الأنا الأعلى المرء، وهو يتكون مما يتعلمه الطفل من والديه ومدرسته والمجتمع من معايير أخلاقية.. والأنا الأعلى مثالي وليس واقعي، وبتجه للكمال لا إلى اللذة - أي أنه يعارض الهو والأنا.

• إذا استطاع الأنا أن يوازن بين الهو والأنا الأعلى والواقع عاش الفرد متوافقاً، أما إذا تغلب الهو أو الأنا الأعلى على للشخصية أدى ذلك إلى اضطرابها.

• أنظمة الشخصية ليست مستقلة عن بعضها، ويمكن وصف الهو بأنه الجانب البيولوجي للشخصية، والأنا بالجانب السيكولوجي للشخصية، والأنا الأعلى بالجانب السوسولوجي للشخصية (الإمارة، 2014، ص167)

6- النموذج السيكو دينامي:

تقوم دعائم النموذج السيكو - دينامي على اعتقاد مفاده السلوك الإنساني يتأثر بالعمليات النفسية اللاشعورية التي لا تكون على وعي بها، أو بعبارة أخرى من خلال الصراعات الداخلية والدوافع، ويفترض النموذج السيكو دينامي أن كل من السلوكيات السوية واللاسوية تنتج من تفاعل كل من العوامل الوراثية والبيئية، وأن كلا من العاملين يؤثران في السلوك من خلال تأثيرهما على العمليات الشعورية بنفس القدر اللذان يؤثران فيه على

العمليات اللاشعورية، كما يركز علماء السيكو - دينامية على الأهمية البالغة لسنوات الأولى من العمر معتقدين أن أحداث الطفولة يكون لها تأثير دائم لا ينقطع على الحالة النفسية للفرد ويعد سيجموند فرويد (1856-1939) (رائد النموذج السيكو - دينامي وقد بقيت أفكاره تؤثر في العلماء الآخرين إلى يومنا هذا ويرى فرويد ان المرض النفسي ينتج من الصراع بين رغبات الأنا من جهة ودوافع والهو ومتطلبات الأنا الأعلى من جهة أخرى وقد وضع فرويد ان الأنا عندما تكون قادرة على السيطرة وحل الصراعات فهذا يؤدي الى التوازن الصحة النفسية والعكس صحيح الميكانيزمات الدفاعية للأنا ميكانيزمات الدفاع هي الحيل التي تتبعها الأنا لكي تواجه التهديدات الخطرة من الهو والأنا الأعلى أو العالم الخارجي، وغالبا ما تستجيب الأنا لهذه التهديدات بحالة من القلق الشعور انفعالي غير سار يشبه التوتر العصبي ويقسمه فرويد إلى نوعين هما:

أ- القلق الموضوعي: ويحدث بسبب خطر موضوعي أو واقعي في البيئة الخارجي

ب- القلق العصبي ويحدث في غياب موضوع حقيقي واضح يشير الى القلق.

والجدير بالذكر ان الانا قد تستطيع التعامل مع التهديدات والضغوط والقلق بذكاء وبعقلانية طبقا لمبدأ الواقع، والانا السوية تستطيع مواجهة مطالب الهو والانا الأعلى ومواجهة البيئة دون صعوبة، ولكن عندما تزداد شدة الضغط من هذ المصادر الثلاثة فإن عقلانية والذكاء تصبحان غير كافيتان لخفض التوتر، وفي مثل هذه الحالة يمكن الأنا ان تستدعي واحدة أو أكثر من ميكانيزمات الدفاع المختلفة لتحمي نفسها درس كلا من أنا الميكانيزمات الدفاعية أو النفسية إلا أن أنا فرويد قضت المزيد من الوقت والابحاث على خمسة ميكانيزمات دفاعية وهي: الكبت النكوص، الاسقاط. (نفس مرجع 2014، ص346).

والتكوين العكسي، والتسامي، واعتبرت أن كل الميكانيزمات الدفاعية هي عبارة عن استجابة للتوتر والقلق، الذي يعيشه الفرد في المواقف الاجتماعية المختلفة ومن بين الميكانيزمات دفاعية الهامة نجد:

- الكبت Isolation Refoulement وهي تشير الى ميل الفرد لاستبعاد المشاعر والرغبات والافكار والخبرات من دائرة الشعور الى اللاشعور النكوص Regression وهي العودة الى مراحل سابقة من النمو النفسي أو البدني حيث تكون المسؤوليات أقل والشعور بالأمان أكثر. الاسقاط Projection وفيه يتم نسب المشاعر غير المقبولة الى الغير وبالتالي لا يمكنه مواجهتها لأنها بصورة الشعورية صارت منسوبة إلى غيره التكوين العكسي reactionnelle Formation هو ميكانيزم يتخذ فيه الفرد أسلوبا يعبر عن عكس الدافع الموجود عنده بشكل مبالغ فيه، ويعمل التكوين العكسي على قمع وكبت الدافع المثير للقلق وبذلك يستريح صاحبه مؤقتا من القلق والتوتر المرتبط به.

7- التسامي Sublimation

وتعد واحدة من أكثر الآليات المقبولة حيث يتم فيها التعبير عن الغضب أو التوتر بصورة مقبولة اجتماعيا مثل التخلص من الغضب عند ممارسة الرياضة (غانم، 2006، ص22) علماء آخريّن ساهموا في النظرية السيكو-دينامية.

ويعد كل من يونج وأدلر وأتورنك من الأطباء النفسيين الذين عملوا مع فرويد في بداية ن القرن العشرين لتطوير نظريته، إلا أنهم لم يتقبلوا أفكار فرويد فيما عندما كان يسعى جاهدا يتعلق بوجود مشاعر جنسية الشعورية لدى الرضع والأطفال إزاء والديهم، وهو ما يقودهم إلى الوقوع فريسة للمرض النفسي إذ تركت هذه المشاعر ولم تحل أو تتحول، ولذلك فقد طور كل منها نظرية سيكو - دينامية بديلة تشرح تطور المرض النفسي. يونغ: اعطى أهمية كبيرة للعوامل الوراثية في تكوين الشخصية وارجع سبب الاضطرابات النفسية لدى المريض إلى المشكلات المتراكمة التي عاشها الوالدين عندما كان المريض طفلا، كما اعطى المزيد من الأهمية المشكلة الآنية المرتبطة بحدوث المرض أدلر فقد ركز جل اهتمامه على الآثار السلبية للشعور بالنقص في ظهور المرض النفسي.

أتورنك أعطى اهتمام أكبر لآثار السلبية المتعلقة بصدمة الميلاد وهي الصدمة يالقيها الوليد عندما يفقد آمان وإشاعات الرحم ويخرج إلى العالم مليء التي بالإحباطات الحياتية،

واعتبر ان هذه الصدمة هي المسؤولة عن الأمراض النفسية. كون هؤلاء العلماء الثالثة مدرسة تعرف بالفرويديين الجدد.

النقد الموجه التيار السيكو دينامي لقد أدى النهج الديناميكي النفسي إلى ظهور أول علاج بالكلام"، وهو التحليل النفسي، والذي تقوم عليه الآن العديد من العلاجات النفسية، ونادرًا ما يستخدم التحليل النفسي الآن في شكله الأصلي ولكنه لا يزال يستخدم في نسخة أقصر في بعض الحالات.

إن أكبر انتقاد للنهج الديناميكي النفسي هو أنه غير علمي في تحليله للسلوك البشري. فالعديد من المفاهيم المركزية في نظريات فرويد هي مفاهيم ذاتية وبالتالي يصعب اختبارها علميًا.

على سبيل المثال، كيف يمكن دراسة مفاهيم مثل العقل اللاوعي أو الشخصية الثلاثية علميا ؟ ففي هذا الصدد، يمكن القول أن المنظور الديناميكي النفسي قابل للتجربة لأن نظرياته لا يمكن التحقق فيها تجريبيًا.

ومع ذلك، فقد حدد علم النفس المعرفي العمليات اللاوعية، مثل الذاكرة الإجرائية (تولفينغ، 1972، والمعالجة التلقائية (بارغ وشارتراند، 1999 ؛

ستروب، (1935)، وقد أظهر علم النفس الاجتماعي أهمية المعالجة الضمنية (غرينوالد وبانجي، 1995). أظهرت هذه النتائج التجريبية دور العمليات اللاوعية في السلوك البشري.

تجادل كلاين (1989) بأن النظرية الديناميكية النفسية تشتمل على سلسلة من الفرضيات، بعضها يمكن اختباره بسهولة أكثر من البعض الآخر، وبعضها يحتوي على أدلة داعمة أكثر من غيرها. (محمد، 2011، ص60)

أيضًا، في حين أن نظريات النهج الديناميكي النفسي قد لا يتم اختبارها بسهولة إلا أن هذا لا يعني أنه ليس لديها قوة تفسيرية قوية.

ومع ذلك، فإن معظم الأدلة على النظريات الديناميكية النفسية مأخوذة من دراسات حالة فرويد (على سبيل المثال، لينتل هانس، أنا أو).

المشكلة الرئيسية هنا هي أن دراسات الحالة تستند إلى دراسة شخص واحد بالتفصيل، وبالرجوع إلى فرويد، فإن الأفراد المعنيين في الغالب "أي مرضاه" هم من النساء في منتصف العمر من فيينا. هذا يجعل التعميم على نطاق أوسع عملية صعبة (على سبيل المثال، العالم بأسره).

مشكلة أخرى في طريقة دراسة الحالة هي أنها عرضة لتحيز الباحث. فإعادة فحص العمل السريري لفرويد تشير إلى أنه في بعض الأحيان يتم تشويه تاريخ حالة المرضى "لتناسب" مع النظرية (سولأوي، 1991).

انتقد النهج الإنساني وجهة نظر النهج النفسي الديناميكي بكونه نهج حتمي أيضاً. حيث يقول فرويد أن جميع الأفكار والسلوكيات والعواطف تحددها تجارب طفولتنا والعمليات العقلية اللاواعية.

وهذا ضعف في النظرية لأنه يشير إلى أننا لا نملك إرادة حرة واعية على سلوكنا، مما يترك مجالاً صغيراً لفكرة الوكالة الشخصية (أي الإرادة الحرة).

قائمة المصادر والمراجع

قائمة المصادر والمراجع

أولاً- المصادر والمراجع باللغة العربية

- ابراهيم على ابراهيم, ومايه احمد النبال (1993) توهم المرض وعلاقتها ببعض الميكانيزمات الدفاعية دراسة عاملية مقارنة لدى عينة من طلاب وطالبات جامعة قطر.
- أحمد حسن محمد الليثي (2020). المناعة النفسية وعلاقتها بالقلق وتوهم المرض المترتب على جائحة فيروس كورونا المستجد Covid 19 لعينة من طلاب الجامعة مجلة البحث العلمي في التربية المجلد / العدد 21, ع8, ج.
- أحمد عكاشة (1998)، الطب النفسي المعاصر، ط 9، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
- أحمد عكاشة (2003): الطب النفسي المعاصر (ط1)، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، مصر.
- أحمد عكاشة، الطب النفسي المعاصر، ب. (د)، مكتبة الأنجلو المصرية للنشر والتوزيع مصر.
- أديب محمد الخالدي.(2006). ط1. مرجع في علم النفس الإكلينيكي(المرضي). دار وائل للنشر. الجامعة المستنصرية. العراق.
- أريك فروم، ترجمة طلال عتريس أزمة، التحليل النفسي المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع، بيروت 1988.
- أسامة فاروق (2011): مدخل إلى اضطرابات السلوكية والانفعالية (ط1)، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
- إسراء الشامي، "التدريب السلوكي المعرفي: مدخل إلى الممارسة العلاجية والتربوية"،

- أسماء العطية فاعلية برنامج ارشادي معرفي سلوكي في خفض بعض اضطرابات القلق لدى عينة من أطفال دولة قطر " مجلة مركز البحوث التربوية جامعة قطر السنة الحادية عشر العدد 21 يناير 2002.
- ألبرت فيرجوني وآخرون، ترجمة أحمد مبارك الكندري، سيكولوجية المخاوف المرضية، الفلاح للنشر والتوزيع، ط 1، بدون بلد 2005.
- إلهام خليل، علم النفس الإكلينيكي المنهج والتطبيق دار ايتراك، القاهرة 2004.
- الامارة، سعد شريف (2014) سيكولوجية الشخصية، ط1، عمان دار صفاء للنشر والتوزيع.
- امال هادي الحويلة د فاطمة سلامة عياد، د هناء شويخ، د ملك جاسم الرشيد، د نادية عبد الله الحمدان. علم النفس المرضي استنادا على الدليل التشخيصي الخامس ط12. مكتبة انجلو المصرية.
- آمنة يس يس موسى أحمد (2010)، الصحة النفسية وعلاقتها بنوعية الحياة لدى النازحين بمعسكر أبو شوك بمدينة الفاشر ولاية شمال دارفور، رسالة ماجستير في علم النفس، جامعة الخرطوم.
- إيزاك، م، ماكس، (1978)، التعايش مع الخوف وفهم القلق ومكافحته، ترجمة نجاتي محمد عثمان (1993)، دار الشرق، الكويت.
- ايمان دليل (2014-2015)، الأفكار اللاعقلانية وعلاقتها بأمراض الوسواس القهريين مذكرة مقدمة لاكمال متطلبات شهادة ماستر أكاديمي، جامعة قاصدي مرباح ورقلة، الجزائر.
- بحث حل السواء واللاسواء في علم النفس المرضي، أكاديمية علم النفس:
- بلحسيني وردة أثر برنامج معرفي - سلوكي في علاج الرهاب الاجتماعي لدى عينة من طلبة الجامعة، رسالة دكتوراه، جامعة ورقلة 2010 - 2011.

- بن دريال مليكة (2019)، مطبوعة بيداغوجية بعنوان: دروس في مادة علم النفس العيادي ليسانس، كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية، جامعة د مولاي الطاهر، سعيدة.
- بن دريال مليكة، دروس في مادة علم النفس المرضي السنة الثانية علم النفس العيادي ليسانس "السداسي الرابع، جامعة الدكتور موالى الطاهر - سعيدة.
- بن دهنون سامية شيرين. (2017). بعض الخصائص النفسية الاكتئاب والوحدة النفسية وعلاقتها بتقدير الذات في ضوء متغير الجنس والمستوى التعليمي. أطروحة دكتوراه علم النفس العيادي. جامعة وهران 2 محمد بن احمد الجزائر.
- ثائر احمد غباري، خالد محمد ابو شعيرة، سيكلوجية الشخصية، (2010)، ط 1، مكتبة المجتمع العربي للنشر والتوزيع.
- جاسم محمد، عبد الله محمد المرزوقي، (2008)، الأمراض النفسية وعلاقتها بمرض العصر السكر، ط1 العلم ولايمان للنشر والتوزيع، عمان.
- حافزي زهية غنية (2015)، مطبوعة بيداغوجية في مقياس علم النفس المرضي، موجهة لطلبة سنة ثانية ليسانس علم النفس، كلية العلوم الاجتماعية والانسانية، قسم علم النفس وعلوم التربية والارطوفونيا، جامعة سطيف.
- حامد زهران (1999): الصحة النفسية والعلاج النفسي، (ط1)، عالم الكتب، القاهرة، مصر. رابط تحميله من هنا.
- حامد عبد السلام زهران (2001) الصحة النفسية والعلاج النفسى - عالم الكتب القاهرة.
- حامد عبد السلام زهران (2005) الصحة النفسية والعلاج النفسي، ط (4) القاهرة، عالم الكتب القاهرة.
- حامد عبد السلام، زهران (2005)، الصحة النفسية والعلاج النفسي عالم الكتب، القاهرة.

- حسين فالح حسين (2013)، علم النفس المرضي والعلاج النفسي، ط1، مركز دييونو للنشر والتوزيع، الأردن.
- حسين فايد (2004). العدوان والإكتئاب في العصر الحديث "نظرة تكاملية". مؤسسة. طيبة للنشر والتوزيع. كلية الآداب جامعة حلوان القاهرة.
- حسين فايد، علم النفس المرضي حورس الدولية ب ط، الإسكندرية 2004.
- حمودة محمود (1991)، النفس اسرارها وامراضها، ط2، مكتبة الفجالة 4. الحياني، صبري بردان، (2011) الصحة النفسية والعلاج النفسي الإسلامي، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان
- حنان عبد الحميد العاني (2000)، الصحة النفسية، ط1، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع، مصر.
- حويليه، امثال هادي وآخرون (2016)، علم النفس مرضي، القاهرة، مكتبة أنجلو المصرية.
- الخالدي، أديب محمد (2006): علم النفس الإكلينيكي (المرضى) عمان: دار وائل للنشر للتوزيع.
- الداھري، صالح حسن أحمد (2005)، مبادئ الصحة النفسية، ط1، دار وائل للنشر.
- الدوسري عماد بن يوسف (2006)، الذهان، موقع الخليج لذوي الاحتياجات الخاصة.
- رمضان محمد القذافي، الصحة النفسية والتوافق، (2007)، (ط1)، المكتب الجامعي الحديث القاهرة.
- زھار جمال (2016). علم النفس الرياضي دار النشر. جيطلي. الجزائر.
- زهران حامد عبد سلام (2005) الصحة النفسية وعلاج النفسي، ط1، القاهرة، علم الكتب.

- زهران، حامد (1977) الصحة النفسية والعلاج النفسي، ط1، عالم الكتاب، القاهرة.
- سامر جميل رضوان: الصحة النفسية ((2007) دار المسيرة للنشر والتوزيع عمان الاردن عبد الرحمان العيسوي، الامراض السيكوسوماتية (1992)، دار النهضة العربية للطباعة النشر بيروت لبنان.
- سامي محمد ملحم (2015)، الإرشاد النفسي عبر مراحل النمو، ط1، الإعصار العالمي للنشر والتوزيع، عمان الأردن.
- سعاد البشر (2007): كيف تتخلص من الوسواس القهري، (ط1)، عالم الكتب، القاهرة، مصر.
- سعاد بوغندوسة (2017)، مطبوعة بيداغوجية في مقياس علم النفس المرضي، كلية العلوم الاجتماعية والانسانية قسم علم النفس، جامعة 20 أوت 1955.
- سمور عايش (2006)، الأمراض النفسية أسباب وتشخيص وعلاج، دار المقداد للطباعة غزه .
- سهام بغندوسه مطبوعة بيداغوجية في مقياس علم النفس المرضي.
- سهى الحربي، التدريب الذاتي والتحكم النفسي: مفهومه وتطبيقاته"، الطبعة الأولى، دار البشائر الإسلامية، الكويت، 2019م.
- شيرين احمد، عبد الله جاد. (2017). " الابعاد الثقافية والتشريعية لظاهرة تعاطي المخدرات واثرها على السلوك السلبي لدى فئة سائقي الميكروباص". المجلة العلمية لكلية التربية النوعية العدد العاشر الجزء الأول وفقى حامد ابو علي 2003 ظاهرة تعاطي المخدرات، ادارة الثقافة الاسلامية، الكويت
- الصيخان، ابراهيم سالم (2010)، الإضطرابات النفسية والعقلية الأسباب والعلاج، دار صفا للنشر والتوزيع، عمان
- طارق بن علي الحبيب، الفصام، (2008)، (ب.د)، مؤسسة الدروس للنشر والتوزيع، مصر.

- طارق كمال (2006)، مشاكل نفسية معاصرة، مؤسسة شباب الجامعة، الإسكندرية.
- الطيب محمد عبد الظاهر، (1994)، مبادئ الصحة النفسية، دار المعرفة الجامعية.
- الطبعة الأولى، دار الفرجاني، مصر،
- طبيب في الطب والعلوم الطبيعية ميشائيل بأور مستشفى وعيادة الطب النفسي والعلاج النفسي، مستشفى كارل غوستاف كاروس الجامعي، جامعة دريس التقنية، ورئيس مجلس الإدارة الأول والسابق للجمعية الألمانية للاضطرابات للبائية القطب.
- الطبية أوتريكه شيفر أخصائية الطب النفسي للأطفال والمراهقين، وطلب الاعصاب والقلب النفسي وأخصائية العلاج النفسي، غوتتين.
- عادل شكري محمد الأمين، المخاوف المرضية، قياسها تصنيفها وتشخيصها دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية 2005.
- عبد الحميد الشاذلي (2001) المكتبة الجامعية، الإسكندرية.
- عبد الرحمان العيسوي، علم النفس الإكلينيكي دار الجامعية، ب ط، مصر 1996.
- عبد الرحمان سي موسي، محمود بن خليفة، علم النفس المرضي التحليلي والإسقاطي ديوان المطبوعات الجامعية، ج 1، الجزائر 2010.
- عبد الرحمان محمد العيسوي الحرب النفسية والدعائية (2004) منشورات الحلبي الحقوقية بيروت لبنان الطبعة الأولى عبدالرحمان محمد العيسوي، علم النفس الفيسيولوجي دار المعرفة الجامعية للطبع والنشر والتوزيع الاسكندرية مصر. بدون سنة.
- عبد الرحمن سي موسي ومحمود بن خليفة (2008)، علم نفس المرضي التحليلي والإسقاطي، ج 1، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر.
- عبد الرحمن عيسوي (1994)، الامراض النفسية والعقلية، دار المعرفة، الجامعية.
- عبد الستار إبراهيم. (1998). الإكتئاب مرض العصر الحديث فهمه وأساليب علاجه. سلسلة كتب ثقافية شهرية يصدرها المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب. الكويت.

- عبد الستار، إبراهيم (1994) العلاج النفسي السلوكي المعرفي الحديث، ط1، دار الفجر للنشر والتوزيع، القاهرة، مصر.
- عبد اللطيف حسن فرج الاضطرابات النفسية (2009)، (ط1) دار حامد للنشر والتوزيع عمان الاردن.
- عبد المحسن العبيدان "التفكير المعرفي: تطوير المهارات الإدارية والقيادية"، الطبعة الثانية، دار الفارابي، الكويت، 2011م.
- عبد المعطي حسن مصطفى، (2001)، الاضطرابات النفسية في الطفولة والمراهقة الأسباب والتشخيص والعلاج، دار القاهرة، القاهرة.
- عبد المنعم الميلادي (2006)، الأمراض والإضرابات النفسية، مؤسسة شباب الجامعة، الإسكندرية.
- عبدا لعزیز القوصي، أسس الصحة النفسية. القاهرة: المكتبة المتخصصة المصرية، 1952.
- عبدالرحمن بن صالح السيف، العلاج السلوكي المعرفي مفهومه وتطبيقاته"، الطبعة الأولى، دار الكتاب العربي، المملكة العربية السعودية، 2006م.
- عبدالله الجار الله، "علم النفس السلوكي المعرفي: مبادئه وتطبيقاته"، الطبعة الأولى، دار الفارابي، الكويت، 2013م.
- العبيدي، محمد جاسم (2009)، علم النفس الإكلينيكي، دار الثقافة للنشر والتوزيع.
- علي ماضي، النفس البشرية تكوينها اضطرابها وعلاجها دار النهضة العربية للطباعة والنشر بيروت بدون سنة فيصل عباس، التحليل النفسي والاتجاهات الفرويدية (1996) الطبعة الأولى، دار الفكر العربي بيروت لبنان فيصل عباس قياس الشخصية دراسة حالات عيادية (2003)، دار المنهل اللبناني ومكتبة راس المنبع بيروت لبنان.

- عمر الريمأوي، أميرة الريمأوي الوسواس القهري وعلاقته بأبعاد الشخصية العصابية والانبساطية لدى طلبة القدس" المجلة الدولية التربوية المتخصصة، المجلد (3) العدد (5) ايار 2014، جامعة القدس، فلسطين.
- عيسوي عبد الرحمن، (1983)، سيكلوجية الخرافة والتفكير العلمي مع دراسة ميدانية مقارنة مع الشباب المصري والعربي دراسة النهضة العربية، القاهرة.
- غانم محمد حسن (2007): الاضطرابات النفسية والعقلية والسلوكية (ط1)، مكتبة الانجلو المصرية، القاهرة مصر.
- غانم محمد حسين، 2006، مقدمة في علم نفس مرضي، القاهرة، دار مصر للطباعة.
- فولكر ميلفيلد الممثل السابق للمصابين في مجلس إدارة الجمعية الألمانية للاضطرابات الثانية القطب، برلين.
- فيصل عباس، اساليب دراسة الشخصية التكنيكات الاسقاطية (1990)، دار الفكر اللبناني بيروت لابلانش وبونتاليس مصطلحات التحليل النفسي (2002) دار القلم، بيروت محمد فتحي الشنيطي، اصول علم النفس الفرويدي (1971)، دار النهضة العربية للطباعة والنشر بيروت لبنان.
- قاسم حسين صالح، الأمراض النفسية والانحرافات السلوكية أسبابها وأعراضها وطرائق علاجها، (2008)، (ب.د) دار دجلة عمان الاردن.
- القرني، محمد سالم (2015). فاعلية برنامج علاجي نفسي في تقليل السمنة المفرطة وبعض الاضطرابات النفسية المصاحبة لها لدى عينة من المراهقين والمراهقات في المجتمع السعودي، مجلة علم النفس الهيئة المصرية العامة للكتاب عدد (104).
- الكفيري، وداد محمد سمور، قاسم محمد (2013). بعض الاضطرابات النفسية، أساليب المعاملة الوالدية ومستوى التدين لدى نزيلات مركز إصلاح وتأهيل النساء في الأردن في ضوء بعض المتغيرات رسالة دكتوراه غير منشوره، جامعة اليرموك، الأردن.

- كمال دسوقي، الطب العقلي والنفسي الكتاب الأول علم الامراض النفسية التصنيفات والاعراض المرضية، دار النهضة العربية للطباعة والنشر بيروت.
- كوام مكنزي (2013). الاكتئاب. كتاب العربية. الرياض. السعودية.
- ليلي، ميسوم، (2013-2014)، الاضطراب النفسي ما بين علم النفس المرضي والنظور الشخصي، جامعة تلمسان أبي بكر بلقايد.
- مارتين كوليه موسيقي، وممثل المصابين في مجلس إدارة الجمعية الألمانية للاضطرابات ثنائية القطب، زيوريخ.
- مجدي أحمد محمد عبد الله علم النفس المرضي، دار المعرفة الجامعية، ب ط، مصر 2000.
- محاسنة، عمر موسى (2018) الاضطرابات النفسية لدى طلبة الجامعات مجلة دراسات نفسية وتربوية.
- المحاسنة، نسيم وعمر المعاينة. (2014). المشكلات التي تواجه الشباب الجامعي ورقة بحثية قدمت في مؤتمر فكر الشباب الجامعي، جامعة البلقاء التطبيقية.
- محاضرات في علم النفس المرضي حافري زهية من الموقع
- المحاضرة عن الفيلسوفة ريتا بأور دبلوم الفلسفة، دبلوم دراسة اللاهوت معالجة نفسية (VT) مستشفى وعيادة الطب النفسي والعلاج النفسي، مستشفى كاران غوستاف كاروس الجامعي، جامعة دريسدن التقنية.
- محمد حسن العلاوي، (1994)، علم النفس الرياضي، طه، در المعارف القاهرة.
- محمد حسن علاوي ومحمد نصر الدين رضوان: الاختبارات والمهارات النفسية في الرياضي، القاهرة، دار الفكر العربي، 1987.
- محمد حمدي الحجار، أبحاث في علم النفس السريري والإرشادي دار العلم للملايين، ط 1، بيروت 1987.

- محمد عبد خالق، احمد، (2011)، مدخل إلى علم النفس مرضي الكلينيكي، ط1، دار الكتاب الجامعي.
- محمد غانم حسن الاضطرابات النفسية والعقلية والسلوكية، (2007)، (ط1)، مكتبة أنجلو المصرية، القاهرة، مصر وئام بوزياني واقع التكفل النفسي المريض بالفصامي داخل المؤسسة الاستشفائية، (2012) 2013 مذكرة ماستر جامعة محمد خيضر بسكرة، الجزائر.
- محمود السيد أبو النيل (2013)، الصحة النفسية، جامعة عين الشمس، القاهرة.
- مخالفة نريمان. (2015). اكتئاب ما بعد الولادة مذكرة ماستر علم النفس العيادي. جامعة محمد بوضياف المسيلة. الجزائر.
- المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض ICD10 تصنيف الاضطرابات النفسية والسلوكية ترجمة أحمد عكاشة، منظمة الصحة العالمية مصر 1999.
- المرجع الرابع إلى المعايير التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل DSMI، الاضطرابات النفسية، ترجمة تيسير حسون، جمعية الطب النفسي الأمريكية، دمشق 2004
- مصطفى حجازي، (2004) الصحة النفسية، ط2، المركز الثقافي العربي، الدار البيضاء المغرب.
- مصطفى لكحل، الكشف عن أداء الذاكرة الأوتوبيوغرافية عند مرضى الفصام (2010) (2011)، أطروحة دكتوراه في علم النفس النمو، جامعة أبو بكر بلقايد-تلمسان-الجزائر.
- مصطفى لكحل، بن عمر، عواج الفصام، (2012)، (ط2)، دار الخلدونية للنشر والتوزيع، الجزائر
- مصطفى نوري القمش (2007)، الاضطرابات السلوكية الانفعالية، ط1، دار الميسر للنشر والتوزيع، بيروت.
- المنلا باسمة. (2012). العنف الأسري على الطفل أنواعه وأسبابه والاضطرابات النفسية الناجمة عنه. ط1. بيروت: دار النهضة العربية.

- ناصر محمد نوفل (2016). صورة الجسد والاعتراب النفسي وعلاقتهما بالقلق والإكتئاب لدى المعاقين بصريا. رسالة ماجستير الجامعة الإسلامية غزة.
- نبيلة عباس السوريجي، المشكلات النفسية للأطفال أسبابها وعلاجها، دار النهضة العربية، ط 1، مصر 2002 - 2003.
- نزار الطالب وكمال لويس (2000)، علم النفس الرياضي، ط2، بغداد.
- نيرة بنت عبد الرحمن آل سعود (2005)، إيذاء الأطفال: أنواعه وأسبابه وخصائص المتعرضين له، ط:1)، الرياض: جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية.
- وادة فتحي عيسى تواتي ابراهيم. (2021/12/02) التصنيف والتشخيص في علم النفس المرضي مجلة العلوم الانسانية والاجتماعية، المجلد 7، العدد 3 جامعة قسنطينة 2.
- وردية، ساعد. (2020). مخاطر تعاطي المخدرات". كلية العلوم الاجتماعية الإنسانية جامعة أكلي محند أولحاج البويرة الجزائر.

ثانيا - المصدر والمراجع باللغة الأجنبية:

- Psychopathologie (7ème éd). France: Pearson Education -BESANÇON, Guy (1993): Manuel de psychopathologie: les psychoses. France:Dunod
- BESSON, Jacques (2004): What is Psychosis? EPPIC (Early Psychosis.70 Prevention & Intervention Centre). Australie: www.eppic.org.au (consulté.le 12/11/2015 (Bonnie (".)R. Strickland, 2001:332; Sigmund Freud, 2014
- Bonnie R, Strickland. (2001). Gale Encyclopedia of Psychology Second Edition. Gale group.,2001:332
- FERNANDEZ, Lydia. (2012): Névroses et psychoses, cours de psychopathologie lère et 2ème année de deug.France: Université de France 2000
- <http://www.gulfkids.com/ar/index.php?action=ShowConsultation&id=5>-Trilet et c. poradas, Guide
- JEFFREY, S. Nevid, SPENCER A. Rhatus & BEVERLY A. Greene (2009 : (Liorca P.M,LA Schizophrenie.Encyclopedie Orphanet. Janvier 2004.

Bonnie RStrickland, 2001:332 -1 1

20:25. 26/08/2018 تاريخ الاطلاع: <http://www.dspace.univ-setif 2.dz>

20:30 26/08/2018 تاريخ الاطلاع: (www.acofps.com.shawthread) 2

https://fac.ksu.edu.sa.filesmhdr,6/09/2018).3)

Y.Manisha Singh (1-12-2020), "Not All Manic Conditions Are The Same: Discovering Various Kinds Of Mania", youthkiawaaz, Retrieved 2022-2-2 Edited .

The Recovery Village (08/18/21), "Mania", therecoveryvillage , Retrieved 2-2-2022. Edited .

."List of 100 + types of Manias", hitbullseye, Retrieved 2-2-2022 . Edited .

"What is mania?", screening.mhanational, Retrieved 2-2-2022 .Edited .

ثالثا-المواقع الإلكترونية:

http://www.gulfkids.com/ar/index.php?action=ShowConsultation&id=5-Trilet et c. poradas, Guide .

univ-setif 2.dz.http://www.dspace 20:25. ،26/08/2018 تاريخ الاطلاع .

2www.acofps.com.shawthread 20:30 ،26/08/2018 تاريخ الاطلاع (

https://fac.ksu.edu.sa.filesmhdr,6/09/2018).3